FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904 — N° 9

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 27 octobre 1904, à 1 heure

Par **L. BINANT**

Ancien interne des hôpitaux d'Amiens

L'HYSTÉRIE EN CHIRURGIE

Président : M. RAYMOND, *professeur.*

Juges : MM. LE DENTU et BERGER, *professeurs.*
JEANSELME, *agrégé.*

Le candidat devra répondre aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1904

36566

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TILLAUX. TERRIER. BERGER.
Clinique opthalmologique	Dr LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DUPRE	LEGUEU	RICHAUD
BALTHAZARD	DUVAL	LEPAGE	RIEFFEL (chef des trav. anat.)
BRANCA	FAURE	MACAIGNE	TEISSIER
BEZANÇON	GOSSET	MAILLARD	THIROLOIX
BRINDEAU	GOUGET	MARION	VAQUEZ
BROCA (André)	GUIART	MAUCLAIRE	WALLICH
CARNOT	JEANSELME	MERY	
CLAUDE	LABBE	MORESTIN	
CUNEO	LANGLOIS	POTOCKI	
DEMELIN	LAUNOIS	PROUST	
DESGREZ	LEGRY	RENON	

Le Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PÈRES

ET DE MON FRÈRE CHARLES

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES GRAND'MÈRES

A MON FRÈRE

A MES ONCLES ET A MES TANTES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR BAX

A MONSIEUR LE DOCTEUR PEUGNIEZ

Professeur de Clinique chirurgicale à l'École de Médecine d'Amiens

A MONSIEUR LE DOCTEUR MOULONGUET

Directeur de l'École de Médecine

A TOUS MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE L'HOPITAL D'AMIENS

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAYMOND

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder le sujet choisi pour notre thèse, il est un devoir que nous sommes particulièrement heureux de remplir. C'est avec un sentiment bien profond de reconnaissance que nous adressons un merci sincère à tous nos maîtres de l'école de médecine d'Amiens qui, dans le cours de nos études, n'ont jamais cessé de nous prodiguer les meilleurs enseignements et la plus tendre sollicitude. Nous remercions surtout MM. les Drs Moulonguet, Fournier, Peauchet, Boussavit, Huber Bernard, Froidure et Labarrière qui ont toujours été pour nous, durant nos quatre années d'internat à l'Hôtel-Dieu d'Amiens, des maîtres ausi bons que dévoués et bienveillants.

Nous présentons l'hommage de notre profonde reconnaissance à M. le Dr Peugniez qui nous a fourni le sujet de notre thèse et nous a aidé de ses conseils et de ses observations. MM. Moynier de Villepoix et Pansier nous ont ouvert leurs laboratoires avec une bienveillance dont nous les remercions.

Nous adressons également l'expression de notre gratitude à tous nos maîtres de la faculté de Paris pour le bienveillant accueil que nous avons reçu d'eux.

Monsieur le professeur Raymond a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous le prions de vouloir bien recevoir l'hommage de notre profonde reconnaissance.

INTRODUCTION

En prenant pour sujet de notre thèse inaugurale « les hystériques en chirurgie », notre but n'a pas été de faire une étude approfondie de toutes les manifestations morbides relevant de l'hystérie : nous n'aurions pu qu'ajouter un travail forcément incomplet aux œuvres si remarquables des différents auteurs, qui ont écrit avant nous sur la question, et en particulier de Charcot et de l'école de la Salpêtrière. Nous avons seulement voulu envisager l'hystérie dans ses rapports avec la chirurgie, c'est-à-dire dans celles de ses manifestations, qui, tout en paraissant indiquer d'une façon absolue une intervention chirurgicale, ne relèvent au contraire que des différents moyens d'ordre médical, généralement employés pour le traitement de la « grande névrose ».

Nous nous sommes aussi efforcé de montrer le rôle joué par le traumatisme dans l'éclosion des attaques d'hystérie, les modifications qu'il amène dans le caractère de ces attaques, l'action qu'il a sur la constitution de certains phénomènes d'hystérie locale.

Nous verrons que l'hystérie simulant une affection

organique d'ordre chirurgical peut faire croire à des lésions graves d'origine traumatique (observat. II et III), alors qu'il ne s'agit que de troubles fonctionnels sans substratum anatomo-pathologique : nous signalerons les faits où la localisation morbide s'est précisée sur un seul organe (observation IV) réalisant un ensemble symptomatique semblant en imposer pour une affection justiciable d'une intervention, mais s'accompagnant d'un certain nombre de stigmates qu'un examen clinique minutieux révèle, et dont la réunion forme un faisceau suffisamment caractéristique pour conduire au diagnostic et permettre un traitement rationnel.

Nous resterons uniquement sur le terrain clinique, D'ailleurs le chapitre d'anatomo-pathologie de l'hystérie est à peine ouvert.

Les tentatives de localisation dans la moelle, faites par Erichsen, et acceptées par Erb et Leiden, ont été discutées par des autorités trop compétentes pour pouvoir rester un dogme scientifique. Tour à tour moelle et cerveau ont été considérés comme étant le siège de l'hystérie traumatique ; la congestion de ces organes, à la suite de chute ou d'effort a été aussi quelquefois incriminée. Mais aucune de ces hypothèses sur la localisation des accidents hystériques, suite de traumatismes, pas plus que celle que l'on a proposée pour expliquer les manifestations hystériques simulant une affection chirurgicale, n'a été définitivement consacrée par l'observation, ni l'expérimentation. Ne poursuivant ici qu'un but pratique, nous n'avons pas osé aborder ce chapitre si obscur d'anatomo-pathologie.

Nous croirons avoir pleinement atteint le but que nous avions en vue, si notre travail peut empêcher quelquefois les praticiens d'adresser aux chirurgiens des malades, dont la place est plutôt dans le cabinet du médecin que sur une table d'opération, s'il peut rappeler à ceux chargés d'expertises médico-légales pour accidents du travail, qu'ils doivent toujours avoir présent à l'esprit la possibilité de l'existence de l'hystérie chez leur blessé, et leur éviter ainsi d'établir dans leur rapport des conclusions qui, au point de vue juridique, pour répartir les responsabilités, peuvent être grosses de conséquences.

Pendant notre internat à l'Hôtel-Dieu d'Amiens, il nous a été donné plusieurs fois d'observer dans les services de chirurgie des professeurs Moulonguet et Peugniez des malades de ce genre. Il avait suffi de se rappeler la possibilité d'une névrose pour en dépister les manifestations et éviter au patient les risques d'une intervention inutile.

HISTORIQUE

au point de vue hystéro-traumatisme.

Bon nombre de discussions se sont ouvertes au sujet de l'influence du traumatisme sur le développement des accidents hystériques et il nous faut remonter en 1866 pour prendre la question à son début. A cette époque, Erichsen fait paraître un travail, dans lequel il conclut que la seule cause des phénomènes que l'on observe après des traumatismes, est l'inflammation de la moelle et de ses enveloppes, et pour lui, s'il existe des troubles cérébraux, c'est uniquement parce que l'inflammation des méninges spinales se transmet aux méninges cérébrales. Erb et Leiden admettent ces localisations ; mais en 1882 un ouvrage du chirurgien anglais Page nous montre la question sous un nouveau jour : c'est le cerveau qui devient alors le siège principal des troubles observés, l'état mental des individus traumatisés ressemblant à l'état mental des hypnotiques. Pour Page donc, la neurasthénie et l'hystérie sont

les facteurs de ce qu'il appelle le « Railway Brain ».

Avant ces deux auteurs pourtant nous trouvons des observations de Robert, dans ses conférences de clinique chirurgicale faites à l'Hôtel-Dieu en 1858 où il nous dit : « ... Dans quelques cas la commotion cérébrale a un autre résultat. Les malades perdent l'usage d'un sens. J'ai vu une femme qui, à la suite de cet accident, avaient totalement perdu la faculté de nommer les choses ; j'ai vu un homme qui avait été privé de l'usage de la parole. » Ce que Robert attribuait à la commotion cérébrale ne peut en réalité être rapporté qu'au mutisme hystérique. Il faut aussi faire rentrer dans le cadre de l'hystérie traumatique les cas cités par Leudet dans les *Archives générales de médecine* et dans la *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen*, que lui, met sur le compte de la congestion de la moelle à la suite de chutes ou d'efforts.

C'était encore une hystérique cette malade dont nous parle Wertner, qui, tombée sous une voiture et n'ayant que quelques écorchures de la peau, perd subitement la parole.

Mais à cette époque aucun de ces accidents qu'aujourd'hui nous attribuons à l'hystérie, n'était rapporté à sa véritable cause. C'est ainsi que Charcot, à propos d'une observation recueillie en 1872 et intitulée alors « Épilepsie de cause spinale provoquée et arrêtée », disait, quelques années plus tard : « On pourrait, aujourd'hui, l'étiqueter sans hésiter : Accidents hystéro-traumatiques consécutifs à un éboulement. » En 1878, sans traiter de l'hystéro-traumatisme, comme nous le concevons aujour-

d'hui, il nous signalait néanmoins l'influence que peut exercer le traumatisme sur le développement des accidents hystériques.

Ce furent les Américains qui envisagèrent les premiers la question telle que nous la connaissons maintenant, et en 1882, un médecin américain, Walton, publie un mémoire dans lequel il trouve chez ses malades les signes de l'hystérie et rapporte avec raison, à cette maladie, les divers accidents qu'il constate comme conséquences du traumatisme.

Les auteurs allemands forcés de renoncer à la théorie de Leyden, attribuant les accidents nerveux traumatiques à des lésions organiques, se refusèrent pour la plupart à les ranger dans l'hystérie, et firent une névrose spéciale, « la névrose traumatique » des accidents, tels que hémi anesthésie, anesthésie sensorielle, qu'ils ont trouvés chez leurs blessés.

En 1885, Charcot, dans les leçons sur les maladies du système nerveux et sur l'hystérie chez l'homme, prouva que l'hystérie est souvent provoquée par un traumatisme. Il montra que les anesthésies sensitivo-sensorielles, les attaques convulsives, les paralysies, les contractures, etc., que l'on observe chez ceux victimes d'accidents, ne sont que des accidents hystériques, analogues à ceux que l'on rattachait depuis longtemps à la grande névrose.

L'idée d'une névrose spéciale trouve des partisans, et si certains, tels que Oppenheim, font une grande place à l'hystérie, sans abandonner complètement l'idée d'une névrose traumatique, d'autres tels que Thomsen

Bernhardt et Leyden en Allemagne, Knapp et Clevenger en Amérique, admettent uniquement la névrose spéciale, qu'en 1888 Strumpell, dans son mémoire, donne comme liée au traumatisme.

Pour lui, il faut distinguer deux groupes dans les affections nerveuses consécutives aux traumatismes : les névroses traumatiques locales et les névroses traumatiques générales ; les premières, les contractures, les paralysies rentrent dans l'hystérie, les autres participent des signes de l'hystérie et de la neurasthénie et comprennent les cas où les anesthésies sensitives et sensorielles, les douleurs, les contractures se montrent à côté des troubles psychiques, affaiblissement de la volonté, mélancolie, tristesse.

Une autre idée a encore été émise par Grasset de Montpellier dans ses leçons sur l'hystéro-traumatisme : « l'hystérie traumatique est une hystérie spéciale ».

Oppenheim, dans son travail de 1890, établit « une différence entre la paralysie ou l'anesthésie hystérique développée sous l'influence du traumatisme, et la névrose traumatique, du fait même de la curabilité des accidents. D'un côté, l'état hystérique nous vient en aide, car par une excitation relativement faible, on peut mettre en œuvre l'émotivité qui rétablit la capacité de conduction ; dans la névrose traumatique, cet état fondamental nous fait défaut, et par là nous est fermé le chemin le plus commode pour le rétablissement de la conductibilité nerveuse. »

Mœbius s'est élevé contre ces conclusions de Oppenheim et Charcot a démontré que l'hystérie traumati-

que et la soi-disant névrose traumatique sont tout aussi difficiles à guérir l'une que l'autre.

Enfin en 1891 Page s'exprime en ces termes : « Personne de raisonnable ne peut douter, après la lecture des travaux de Charcot, d'Oppenheim, de Strumpell, de Guinon et bien d'autres que les désordres hystériques soient enclins à suivre le traumatique et à en être le résultat. Jamais, depuis aussi longtemps que je sache, on n'a trouvé pour les qualifier, un meilleur terme que celui d'hystérie traumatique. »

Pour nous, la distinction entre la névrose traumatique et l'hystérie traumatique nous paraît justifiée, mais dans des cas très rares seulement.

A la suite de traumatismes d'une extrême violence où la mise en scène a été particulièrement tapageuse et dramatique, on observe des malades qui présentent des troubles nerveux consistant en une sensation continuelle de fatigue et d'épuisement, les rendant incapables d'accomplir longtemps les actes de la vie quotidienne. Ces troubles dynamiques coïncident cependant avec l'intégrité de la force musculaire et il semble que ce soit moins l'appareil moteur que le système chargé de porter l'ordre de la volonté, qui soit atteint. Ce sont du reste des troubles de la mémoire et de la volonté, qui, dans le domaine de l'intelligence, dominent le tableau morbide : les malades ont des insomnies, des douleurs erratiques qui les tiennent éveillés, les sensibilités, cutanée et sensorielle, restent intactes ; on n'observe jamais de rétrécissement du champ visuel ni aucun des stigmates habituels de l'hystérie ;

les antécédents sont presque toujours vierges de tare nerveuse, de telle sorte que l'idée de la simulation s'éveille presque toujours à leur récit. Mais lorsqu'on en a examiné un certain nombre, on constate que leur réponse reste dans la limite exacte assignée par les diverses observations sur les affections du système nerveux consécutives au traumatisme.

Comme l'hystérie traumatique, la névrose traumatique est une affection fort tenace qui progresse vers la guérison en suivant une marche tellement irrégulière qu'il est bien difficile d'en fixer le terme.

ÉTIOLOGIE

Lorsqu'il s'agit de malades présentant une des affections dont nous parlerons plus loin, tous les facteurs étiologiques susceptibles de provoquer des accidents hystériques peuvent jouer un rôle. Il n'y a pas jusqu'à l'imitation qui ne puisse amener des troubles. Nous allons rapidement passer en revue les agents provocateurs de la grande névrose.

Émotions morales. — Leur rôle est depuis longtemps admis dans le développement de l'hystérie et ce n'est un doute pour personne que toutes les causes susceptibles d'exciter fortement et surtout d'une façon continue le système nerveux sont capables de faire éclater les accidents hystériques. A plus forte raison ces causes agiront-elles, si elles portent leur action sur des individus, qui semblent déjà prédisposés à la maladie. Des observations abondent : Charcot cite le cas d'un homme qui devint hystérique à la vue du cadavre de son fils, Guillerot celui d'une femme devenue hystérique à la suite de l'émotion ressentie, un jour où elle

fut surprise par son mari en flagrant délit d'adultère. Nous rapportons dans notre observation XV le cas d'une femme, en butte aux attaques hystériques depuis un accident de chemin de fer, duquel elle était sortie sans aucune blessure. Ce sont surtout les émotions dépressives qui agissent le plus, et l'idée de paralysie ou de douleur, la crainte de devenir impotent ont pu faire éclore la névrose chez des hommes ou des femmes, qui ne présentaient jusqu'alors aucun signe d'hystérie. Une observation de MM. Marie et Souza Leite rapporte le fait d'une malade qui à la suite d'un zona développé sur le trajet du brachial cutané interne présenta une paralysie du bras, parce que, dès l'apparition de l'éruption, elle avait été frappée de cette idée fixe que son bras commençait à se paralyser.

Influence des maladies générales et infectieuses. — Les maladies générales, infectieuses ou non, ont sur l'hystérie une influence provocatrice indéniable et agissent en déterminant un épuisement général, qui retentit sur un système nerveux prédisposé. C'est ainsi que Charcot et Grasset nous en rapportent plusieurs cas, que M. Landouzy nous cite l'observation d'un malade atteint de paralysie hystérique dans la convalescence d'une fièvre typhoïde. Les autres maladies aiguës, telles que grippe, scarlatine, pneumonie, diphtérie, rhumatisme jouent un rôle semblable.

Le diabète, l'impaludisme, la syphilis agissent comme agents provocateurs de l'hystérie et il nous suffit de consulter les travaux de Grenier, de Zambaco, de Fournier pour en voir des exemples. M. Paul Raymond,

dans un travail sur l'hystérie et la syphilis, nous rapporte aussi un cas où la névrose a fait sa réapparition lors de l'époque secondaire de la syphilis.

Il existe encore certains états de l'organisme, qui le mettent dans des conditions favorables au développement de l'hystérie. Ce sont les hémorrhagies, les excès vénériens, le surmenage physique ou intellectuel.

Influence des maladies des organes génitaux. — Les maladies de ces organes prédisposent à l'hystérie au même titre que les autres affections débilitantes. Mais chez certaines personnes, elles atteignent tellement le moral qu'elles semblent remplir un rôle plus important comme agents provocateurs de la névrose.

Influence des intoxications. — Aujourd'hui, l'on sait que le saturnisme, l'alcoolisme, l'hydrargyrisme, l'intoxication par le tabac sont capables de produire des accidents hystériques, grâce aux travaux de Charcot sur les stigmates permanents. M. Debove a appelé le premier l'attention sur les hystéries d'origine saturnine et M. Letulle conclut que « le saturnisme ne fait que préparer admirablement le terrain pour le développement de la névrose chez les prédisposés. » Les mêmes conclusions s'appliquent aussi à l'alcool, et nous rapportons dans nos observations, le cas d'un homme, fils d'une mère nerveuse, alcoolique depuis un an, chez qui les accidents hystériques sont apparus tout à coup. (Observation I).

A côté de ces éléments étiologiques, le traumatisme est ici celui qui nous intéresse le plus, et au sujet duquel nous entrerons dans quelques détails.

On a voulu faire des accidents hystériques consécutifs aux traumatismes, une hystérie spéciale (Grasset de Montpellier) ; pour notre part, l'étude des différents cas que nous avons eus sous les yeux, nous a confirmé dans cette idée que l'hystérie est « une et indivisible ».

Le traumatisme, sous toutes ses formes, une contusion, une plaie, une chute de voiture, la morsure d'un chien, l'application d'un simple appareil à fracture est capable d'amener des accidents hystériques. Nos observations portent sur des malades victimes d'accidents, qui présentent des symptômes d'hystérie locale. Nous rapporterons aussi plusieurs cas cités par Brodie et Lasègue : c'est une femme chez qui on a fait une saignée. La malade accuse une nouvelle douleur, qui s'étend dans tout l'avant-bras, dans la main, dans le bras et jusque dans l'aisselle, le côté du cou et la moitié correspondante du thorax ; c'est une femme qui se pique le doigt et qui est atteinte de contracture du bras ; c'est une jeune fille qui présente subitement des symptômes de coxalgie à la suite d'une chute dans l'escalier de sa maison, et guérit subitement, après trois mois de traitement. D... de notre observation II perçoit un craquement dans l'épaule, à la suite d'un effort. Trois semaines après apparaissent des douleurs dans le côté droit du cou, s'irradiant à la partie supérieure du bras, quelques jours après, l'impotence fonctionnelle devient complète. E...(obs. IX) passe la main à travers un carreau, se coupe ; la peau seule est intéressée. Un mois après, il est pris de douleurs violen-

tes, et le matin en se levant, il constate que la main est paralysée.

Nous pourrions ajouter ici de nombreuses observations de contractures extraites des leçons de Charcot, où on voit encore le traumatisme jouer un rôle important comme cause déterminante.

Il a également suffi d'un accident, pour faire naître chez le blessé les crises d'hystérie, avec leur symptomatologie habituelle, ou pour éveiller la névrose qui ne s'était pas manifestée depuis de nombreuses années. Nous rapportons le cas dans nos observations d'une malade qui à la suite d'un accident de chemin de fer, était en butte à des attaques d'hystérie, qu'elle n'avait jamais eues avant.

Faut-il établir un rapport entre la violence de l'accident et l'intensité des phénomènes observés? Nous ne le croyons pas et nous pensons que les individus violemment traumatisés ne sont nécessairement pas plus sujets que d'autres à des accidents ultérieurs. L'émotion, la frayeur qui se joignent au traumatisme jouent, à notre avis, un plus grand rôle que le traumatisme lui-même.

Mais le facteur étiologique que nous étudions en ce moment régit souvent le siège et la modalité des accidents quand ils sont locaux. Un individu est bousculé par une voiture; il tombe et perd connaissance. Revenu à lui, il est convaincu que les roues lui ont passé sur le corps, alors que des témoins oculaires affirment le contraire; quelque temps après se développe une paraplégie avec ligne circulaire d'anesthésie s'arrêtant juste

au niveau du passage présumé des roues. Le malade de notre observation III fait une chute, il se relève avec une déformation de la région tibio-tarsienne telle que le médecin diagnostique une luxation.

Lorsque les accidents se généralisent, on trouve encore des caractères qui sont le reflet de la cause qui a amené la crise. Le point de départ de l'aura pourra être modifié, la période de délire pourra faire apparaître sous forme d'hallucinations les péripéties de l'accident générateur. P... (obs. V) a reçu un coup sur la tête. Depuis ce moment le moindre frôlement sur cette région devient le point de départ d'un accès douloureux qui se termine souvent par une attaque. L'ancien foyer est devenu une zone hystérogène. H... (obs. VI) avait depuis l'âge de 5 ans des attaques à aura épigastrique, il perdait connaissance mais ne se débattait pas. A 17 ans il reçoit un coup de tête de vache. Depuis cet accident les attaques sont modifiées ; à l'aura épigastrique fait place une sensation de boule montant le long de l'œsophage et venant étreindre le malade à la gorge ; puis il tourne sur lui-même, entend des bourdonnements d'oreille, perd connaissance, tombe, et se débat. Dans ces deux cas, l'aura a donc pour point de départ la zone traumatisée.

J'ai dit tout à l'heure que les hallucinations qui font partie de l'aura hystérique ou terminent la crise convulsive empruntent souvent les éléments de leur constitution au détail de l'accident ou du traumatisme qui a provoqué les premières manifestations bruyantes de l'hystérie. C'est ainsi qu'une malade examinée par le

Dr Peugniez d'Amiens édifiait son délire, ses hallucinations, les cauchemars de son sommeil sur les circonstances d'un accident de chemin de fer dont elle avait été victime. Elle descendait du compartiment où elle était placée sur le quai de la gare ; le train se remet en marche et elle est frappée par la portière qui la projette sur la roue du wagon placé devant le sien. Elle tombe sur le dos, entre les deux voitures, une des roues entre les jambes, et cramponnée des deux mains à la barre de fer qui supporte le marche-pied, elle est traînée dans cette position, la roue tournant entre ses jambes, sur une distance de 5 à 6 mètres. Sans cesse dans les crises nerveuses qui suivirent, elle avait l'hallucination de cette roue tournant devant elle, prête à l'écraser. Cette vision terrifiante hantait son sommeil, et devenait le point de départ de crises qui durèrent pendant des nuits entières.

Les différents facteurs étiologiques, que nous venons de voir capables de provoquer l'hystérie, ne jouent que le rôle de cause déterminante; il faut, pour créer la symptomatologie que nous étudions, le terrain, la prédisposition. « L'hystérie a son principe dans l'hérédité comme toutes les autres maladies » et avec Georget, nous dirons « les circonstances qui prédisposent le plus à l'hystérie sont une influence héréditaire, une constitution nerveuse, le sexe féminin et l'âge de de 12 à 25 ans. La plupart des malades ont parmi leurs proches parents des épileptiques, des hystériques, des aliénés, des sourds, des aveugles, des hypocondriaques. » Dans la plupart de nos observations nous avons pu,

dans les antécédents de nos sujets, retrouver des manifestations plus ou moins éclatantes de l'hystérie. H... avait une grand'mère paternelle sujette à des attaques de nerfs, sa mère à des attaques d'hystérie. M... a une mère atteinte de paralysie des membres inférieurs, son père est mort d'une maladie de la moelle épinière. D... a une mère nerveuse.

En nous appuyant sur ces observations il nous est possible de dire qu'il n'y a pas d'affection nerveuse où l'hérédité se fasse plus vivement sentir que dans l'hystérie.

Manifestations organiques. — Certains malades se présentent dans les services de chirurgie avec des affections simulant à s'y méprendre celles justiciables d'intervention. Les hommes comme les femmes sont susceptibles de ce complexus symptomatique. Le fait n'est pas de nature à nous étonner : l'hystérie n'étant pas rare chez l'homme, comme on le croyait autrefois. Les enfants eux-mêmes peuvent être atteints de troubles purement fonctionnels sous la dépendance directe de l'hystérie, et rappelant en tous points des affections justiciables du bistouri. La thèse du Dr Peugniez d'Amiens sur l'hystérie chez les enfants nous en fournit des exemples. Le malade de son observation V est atteint de coxalgie hystérique, celui de l'observation VIII de contracture de l'œsophage. Un autre, à la suite d'une chute sur la hanche, est atteint de coxalgie hystérique, un quatrième perd connaissance à la suite d'une chute, sans que l'on trouve de lésions capables d'expliquer son état.

Tantôt les malades se présentent avec des accidents d'hémiplégie, de monoplégie ou de paralysie pouvant faire croire à une lésion organique comme tubercule ou gliome de la moelle ou du cerveau, Avec le développement de la chirurgie moderne, maintenant que toutes les parties du corps, moelle et cerveau y compris, sont accessibles au bistouri, il importe d'être prévenu de la possibilité de certains troubles *sine materia* pour ne point porter un diagnostic entraînant une intervention inutile. Certaines paraplégies telles que celles dues à la pachyméningite sont aujourd'hui du ressort de la chirurgie (Extraction faite par le Dr Peugniez, d'une virole fibreuse de pachyméningite chez une malade paralysée depuis plusieurs mois) et une erreur de diagnostic entraînera dans ce cas, en particulier, une opération inutile et grave. M. Peugniez nous rapporte à ce sujet le cas suivant : Il avait été appelé auprès d'une femme qui depuis plusieurs mois ne pouvait quitter le lit ; elle réclamait les bénéfices d'une intervention chirurgicale. Après un examen attentif, M. Peugniez crut avoir affaire à une hystérique, et la suite confirma son diagnostic puisqu'il lui a suffi d'intimer à la malade l'ordre de marcher pour qu'elle puisse aussitôt faire le tour de sa chambre, chose qu'elle n'avait pu faire depuis le début de sa paralysie.

Du côté de l'appareil digestif, les troubles que l'on rencontre peuvent se présenter avec un cortège de symptômes tel que la pensée se trouve détournée du vrai diagnostic. C'est un malade, comme celui dont nous

rapportons l'observation, qui vient dans un service de chirurgie pour un rétrécissement de l'œsophage contre lequel il sollicite une gastrostomie. Brusquement il s'est trouvé dans l'impossibilité complète d'avaler ni aliments solides ni liquides. Il ne peut depuis ce temps avaler la moindre gorgée de liquide. Une sonde de grosseur moyenne passe pourtant dans son œsophage. Nous nous souvenons avoir vu aussi dans une salle de médecine un malade, que l'on croyait entré dans ce service par erreur. Il avait, disait-il, avalé un liquide corrosif, qui lui avait laissé un rétrécissement tel que depuis plusieurs jours, il n'avait rien pu avaler. En lui passant une sonde, on n'éprouvait aucune résistance sensible, et pourtant malgré des cathétérismes fréquents, il fut pendant plusieurs jours impossible de lui faire prendre aucun aliment. Quelques jours avant son départ il avalait du lait et des œufs, mais il vomissait encore le bouillon aussitôt pris.

Dans ces deux cas nous n'avions affaire qu'à des malades atteints d'œsophagisme hystérique.

La malade dont nous rapportons l'observation (obs. XIV) nous donne un exemple où un examen inattentif aurait pu faire croire à une lésion organique de l'estomac. Dans ce cas surtout, l'origine hystérique a bien été démontrée par la suite puisqu'il a suffi de simuler une intervention sur elle pour voir aussitôt disparaître les accidents qu'elle présentait. Quelques jours après la soi-disant opération, elle apprit qu'elle n'avait pas été réellement soumise à un traitement chirurgical et aussitôt ses vomissements réapparaissent.

Combien de fois un ballonnement du ventre n'a-t-il pas été pris pour une occlusion intestinale alors qu'il ne s'agissait uniquement que de tympanisme hystérique.

L'appareil respiratoire est aussi le siège de désordres, et nous citerons ici le cas d'une malade arrivée à un degré de dyspnée telle qu'une trachéotomie sembla nécessaire et qui n'eut aucun résultat. B,.. âgée de 20 ans. Un soir, vers 10 heures, la dyspnée dont elle se plaint souvent a augmenté tellement et en si peu de temps que l'on va chercher l'interne de garde. Celui-ci trouve la malade cyanosée, râlant avec les signes habituels de sténose laryngée. Il y a aussi de la dysphonie et la déglutition des liquides est impossible. La patiente pleine de terreur fait signe qu'elle étouffe. L'introduction de la canule n'est pas suivie d'effet, et la dyspnée disparaît seulement peu à peu. L'examen ultérieur de la malade démontra qu'on avait affaire à une hystérique.

Du côté de la vessie nous pouvons rencontrer de l'anurie complète et aujourd'hui que l'on a proposé la décapsulation du rein, l'idée vient de suite de tenter une intervention grave, sans aucun résultat utile pour la malade, alors qu'un traitement médical serait seul nécessaire. Combien de fois une rétention d'urine chez une hystérique méconnue, n'a-t-elle pas fait croire à une tumeur de la cavité abdominale, à un kyste de l'ovaire. Je rappelle ici le cas d'une jeune fille qui vint à l'hôpital pour une tumeur du ventre alors qu'en réalité il s'agissait seulement de la vessie distendue. L'attention était d'autant moins attirée vers cet organe

qu'elle déclarait uriner normalement : elle n'urinait que par regorgement. M. le Dr Peugniez nous a cité le cas d'une jeune fille hystérique qu'il vit pendant ses études à l'hôpital d'Ivry, dans le service du professeur Raymond, atteinte d'une rétention d'urine qui nécessitait plusieurs cathétérismes par jour. Les spasmes des uretères ont parfois amené de telles douleurs que l'on a pu croire se trouver en présence de coliques néphrétiques.

Combien d'interventions chirurgicales ont été faites chez des malades qui se plaignaient de souffrir des ovaires, n'amenant avec elles aucun résultat. Notre malade de l'observation X en est un exemple.

Du côté de l'appareil circulatoire, les hémorrhagies sous toutes leurs formes (hémoptysies, hématémèse, hématuries peuvent faire croire à des lésions qui n'existent pas. Dans notre observation I et dans notre observation VIII, nous rapportons le cas d'un homme qui avait des hématuries pouvant faire croire à une cystite tuberculeuse, et celui d'une femme ayant des hématémèses ou des hémoptysies, sans qu'on puisse rien trouver pour les expliquer.

Parmi les hommes ou les femmes qui réclament le secours du bistouri, les uns se présentent avec les stigmates et le cortège des accidents convulsifs habituels chez l'hystérique les autres ont eu ou présentent encore les troubles sensitifs ou moteurs que l'on observe si souvent dans la grande névrose. Ce sont là avec les antécédents héréditaires du sujet, des éléments qui donnent déjà aux troubles fonctionnels que nous venons

d'étudier une physionomie spéciale. Mais dans les caractères mêmes de ces troubles certains accents sont caractéristiques : la variabilité dans l'intensité des désordres que présente le malade, leur fugacité, la fréquence de leur retour, la brusquerie de leur disparition sont autant de signes, qui marquent le cachet de la grande névrose.

Troubles moteurs. — Contractures. — Paralysies. — La description de ces paralysies et contractures a été faite depuis longtemps. Elles sont surtout intéressantes dans leur rapport avec le traumatisme, nous y reviendrons tout à l'heure. La contracture reconnaît une condition pathogénique, univoque, c'est l'hyperexcitabilité des cellules grises des cornes antérieures, et cette hyperexcitabilité est habituellement très développée chez les hystériques. Il existe donc chez ces derniers, suivant l'expression de Charcot et de M. Brissaud, « une véritable contracture latente. » De longue date les contractures ont été observées et plusieurs des cures merveilleuses opérées sur le tombeau de Louis IX à Saint-Denis au XIII[e] siècle se rapportent à ces cas. Les conditions dans lesquelles les paralysies apparaissent sont des plus variables ; plusieurs auteurs (Landouzy, Macario, Lendrin) ont avancé qu'elles sont toujours consécutives aux attaques. Or il n'est pas rare de voir la paralysie se produire en dehors de la période d'attaques et même chez des malades qui n'en ont jamais eu. C'est un fait bien mis en lumière par Briquet qui a remarqué que la paralysie n'a succédé aux attaques que chez la moitié des femmes ; chez

l'autre moitié, elle s'était développée chez des malades n'ayant jamais eu d'attaques ou n'en ayant pas eu depuis longtemps.

Troubles sensitifs.— Les anesthésies donneront rarement lieu à un ensemble symptomatique en imposant pour une affection chirurgicale.

Certaines manifestations douloureuses se révèlent du côté des muscles, soit spontanément, soit à l'occasion d'un mouvement ou d'une pression quelconque. Briquet, dans le travail auquel nous faisions allusion plus haut, n'aurait rencontré que 20 malades (sur les 430 de sa statistique) qui n'en présentaient pas.

Tous les muscles peuvent être pris indifféremment, mais assez souvent ce sont ceux qui s'insèrent sur la colonne vertébrale, le trapèze, le grand dorsal, etc. Cette rachialgie est plus ou moins étendue en hauteur sur la colonne vertébrale, mais elle semble de préférence atteindre la portion inférieure. Lorsqu'on recherche la douleur à la pression, on trouve quelques points assez bien limités, parfois sur des apophyses épineuses, parfois au niveau des gouttières latérales, et la douleur est dans quelques cas tellement pénible et tellement persistante qu'elle a pu en imposer pour une lésion profonde des corps vertébraux ou pour un étranglement des nerfs à la sortie des trous de conjugaison. « J'ai vu, dit Brodie, condamner au repos et à la position horizontale pendant des années des jeunes filles, que l'on soumettait encore au traitement par les cautères et les sétons, alors que le grand air, les exerci-

ces et les distractions les auraient certainement guéries. »

Troubles trophiques. — Il y a une vingtaine d'années, l'opinion générale était que l'hystérie ne donnait que très exceptionnellement lieu à des troubles trophiques. C'est M. Babinsky qui en 1886 établit nettement, dans son mémoire sur « l'atrophie musculaire dans les paralysies hystériques », l'existence de troubles trophiques, et en 1889 Gilles de la Tourette et Dutil écrivent dans la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière* un travail sur l'atrophie et l'œdème hystériques. Bien des fois un œdème localisé a pu faire croire à un abcès, aussi nous ne pouvons faire mieux que de rapporter ce que Brodie a dit à ce sujet : « On constate quelquefois une tuméfaction générale de la cuisse et des fesses qui est due, soit à un engorgement vasculaire, soit à une extravasion séreuse dans le tissu cellulaire ; mais ce gonflement ne ressemble en rien à celui qui accompagne l'abcès. »

Dans quelques cas très rares, le gonflement est plus circonscrit ; mais ici, non plus, il ne ressemble en rien à celui d'un abcès. On ne perçoit aucune fluctuation, et je ne puis trouver de meilleure comparaison que celle d'un bouton d'urticaire qui se serait très étendu. Un examen minutieux permettra toujours de distinguer ces gonflements d'un abcès.

Les atrophies s'observent surtout dans les muscles du membre où siège une arthralgie. Une malade de Bœckel souffrait d'une coxalgie hystérique qui depuis quatre ans l'empêchait de marcher ; les muscles de la

jambe étaient atrophiés. Sur les instances de la patiente une désarticulation de la hanche fut faite. Or l'examen anatomique montra que les muscles de la cuisse étaient à peu près normaux.

Dans les arthrites organiques, l'atrophie porte surtout sur les muscles extenseurs de l'articulation : dans la coxalgie sur les fessiers, dans l'arthropathie du genou sur le triceps. Dans un cas cité par Charcot où l'articulation du genou semblait prise, les muscles de la jambe comme ceux de la cuisse étaient manifestement atrophiés. Dans le cas de Bœckel, les fessiers étaient intacts et les muscles de la jambe envahis par la dégénérescence.

Georget nous cite également un cas d'hystérie, dans lequel il y avait une rétraction de la cuisse, qui fut traitée pour une luxation spontanée.

Nous citons, dans nos observations, le cas d'une malade qui s'est présentée à nous avec des ulcérations irrégulières, serpigineuses, taillées à pic, à fond blanchâtre, secrétant une sérosité louche. Il s'agissait d'une hystérique.

Organes des sens. — Troubles sensitivo-sensoriels. — Du côté de l'œil les contractures des différents muscles, aussi bien des muscles intrinsèques que des muscles extrinsèques. M. Parinaud nous cite à ce sujet le cas suivant : une jeune fille de 15 ans à la suite d'un traumatisme du bord orbitaire gauche, éprouva subitement des troubles de la vue. Elle présentait un certain degré de contracture avec abolition à peu près complète de l'amplitude de l'accommodation.

Le traumatisme ne donnait une explication suffisante des accidents consécutifs qu'en admettant une disposition spéciale du sujet, qui avait, d'ailleurs, l'excitabilité et les attributs extérieurs du tempérament hystérique. C'est encore un cas de contracture spasmodique que celui dont Lasègue nous rapporte l'histoire : « une jeune fille ayant reçu quelques grains de sable eut une conjonctivite insignifiante à laquelle succéda une contracture des paupières qui dura pendant des mois. » L'amblyopie d'origine hystérique, surtout si elle succède à un traumatisme, peut faire croire à un déplacement du cristallin.

La méconnaissance de ces quelques accidents que nous venons de signaler a trop souvent poussé des chirurgiens à intervenir inutilement. En Amérique, dit M. Borel, « certains chirurgiens ont été jusqu'à disséquer tout le muscle orbiculaire dans des blépharospasmes hystériques qu'ils ne reconnaissaient pas. Leur ignorance était leur seule excuse, car tous ces moyens violents sont non seulement inutiles, mais encore mauvais, et il vaut beaucoup mieux s'adresser sans intervention sanglante à l'état mental du sujet. »

C'est du reste à l'état mental que s'adressèrent les auteurs qui ont observé les cas suivants, que nous rapporte M. Borel : Guérison d'une blépharospasme hystérique par l'élévation forcée des paupières au moyen de bandes de sparadrap... Guérison d'un ptosis hystérique de la paupière supérieure de l'œil gauche, par l'affirmation que si l'œil droit se fermait l'œil gauche pourrait s'ouvrir. Ici, comme dans tous les cas hysté-

riques, « c'est la diathèse de contracture qu'il faut combattre et non la localisation accidentelle qu'affecte la maladie. »

Les troubles de l'ouïe sont plus rares et consistent surtout soit en surdité, soit en diminution de l'acuité auditive, troubles qui peuvent survenir à la suite d'un traumatisme et dont la nature hystérique sera surtout révélée par l'examen des autres organes des sens et par la recherche des stigmates habituels de l'hystérie.

ROLE DU TRAUMATISME DANS LA SYMPTOMATOLOGIE

Responsabilité. — S'il est une question qui a pris aujourd'hui une grande importance, c'est bien celle des accidents du travail. Il importe donc au médecin de se rappeler les différentes modifications que peut amener un traumatisme chez un hystérique. Il importe qu'il sache dépister les signes de la névrose, même lorsqu'ils semblent avoir perdu leur cachet nerveux. Nous avons vu brièvement que l'accident quel qu'il fût, pouvait faire éclater les manifestations hystériques chez un individu qui auparavant n'en présentait aucune, comme il pouvait aussi amener dans l'organisme des perturbations, qui au premier abord semblent tout à fait indépendantes des signes habituels de la grande névrose.

Souvent, quand un ouvrier est victime d'un traumatisme, un médecin est chargé d'établir les rapports qui existent entre l'état du blessé et le choc qu'il a reçu, de fixer le temps nécessaire à son complet rétablissement ou d'apprécier son incapacité de travail temporaire ou durable. Il lui sera bien difficile d'être précis

dans ses réponses, s'il ne se rappelle les surprises que peut lui réserver son malade.

Dans les différentes observations que nous citons, nous voyons que B.. à la suite d'une chute s'est relevé avec tous les signes d'une luxation tibio-tarsienne. Malgré un traitement, approprié à ce que l'on croit être une luxation, l'impotence fonctionnelle reste complète. Une expertise est ordonnée dont les conclusions auront une importance capitale pour l'ouvrier comme pour le chef d'entreprise. B... est impotent, mais si le traumatisme a contribué à être pour une grande part dans la situation où il se trouve, il faut néanmoins reconnaître que chez un hystérique, comme il l'est, et ainsi que l'attestent les troubles nerveux que l'on rencontre chez lui, un rôle tout aussi important a été joué par la névrose. Le chef d'entreprise aura une pension à lui faire, mais elle ne doit pas être ce qu'elle serait chez un individu non prédisposé aux accidents nerveux. Notre observation VII rapporte le cas d'un homme qui reçoit sur la région malaire un morceau de bois. Il tombe et ne peut se relever. Dans les jours qui suivent il est pris d'accès convulsifs. Faut-il dans ce cas rendre l'accident responsable des troubles que présente aujourd'hui le blessé, et celui qui le fait travailler va-t-il être tenu à lui fournir une pension. Ici encore, il faut reconnaître la part du traumatisme. Peut-être que si cet homme n'avait pas été blessé, il ne serait pas aujourd'hui en proie à des crises nerveuses, mais probablement aussi que s'il n'avait pas déjà été prédisposé, il ne lui serait rien resté de son accident.

Il est aussi intéressant de se rappeler avec quelle facilité l'hystérique tombe et perd connaissance à la suite d'un traumatisme n'ayant déterminé aucune lésion cérébrale. Si l'on n'est pas prévenu du genre de sujet auquel on a affaire, on peut être exposé à mettre sur le compte d'une contusion, d'une commotion, d'une hémorrhagie cérébrale, la torpeur dans laquelle le blessé est plongé et porter un pronostic d'une gravité que l'évolution ultérieure des accidents peut démentir presque immédiatement. Il peut s'agir en effet d'une de ces attaques larvées, où l'hystérique ne se débat point, et reprendra brusquement la plénitude de ses facultés à la fin de son accès. Le malade de l'observation VI en est un exemple.

Il est encore une autre cause d'erreur contre laquelle nous voulons mettre en garde le médecin. Beaucoup d'hystériques sont des simulateurs et il ne faut souvent attacher qu'une importance relative à leurs dires.

DIAGNOSTIC

Quels sont les éléments qui nous permettront de faire le diagnostic d'hystérie?

Nous avons déjà vu l'influence de l'hérédité et des antécédents au chapitre de l'étiologie, il est donc de toute importance d'interroger attentivement le malade de ce côté. Mais il ne faut pas seulement rechercher des accidents nerveux chez les ascendants ; il faut aussi voir si parmi ses frères et sœurs, si parmi ses autres parents, il ne se trouve pas d'individus marqués d'une tare nerveuse. S'il a des enfants, il faut pousser son examen jusqu'à eux et bien savoir s'ils ne présentent pas de signes pouvant donner l'idée de troubles hystériques. Ce n'est pas seulement la grande névrose qu'il faut s'attacher à retrouver, mais aussi les diverses autres affections qui peuvent l'engendrer. L'alcoolisme, l'épilepsie, toutes les affections cérébrales peuvent se rencontrer chez les parents plus ou moins proches des hystériques.

L'examen du malade lui-même nous fournira à lui seul souvent les signes sur lesquels nous pourrons établir notre diagnostic.

L'étude de la sensibilité nous montrera des zones d'anesthésie et des zones d'hyperesthésie. Suivant l'endroit examiné nous pourrons transpercer la peau avec une épingle sans produire de douleur, tandis qu'à côté un simple frôlement provoquera chez le malade des mouvements de défense. L'œil sera insensible, et nous pourrons promener le doigt sur la conjonctive sans produire de larmoiement ni amener de battements des paupières; le pharynx ne réagira pas davantage et un abaisse-langue pourra être introduit dans l'arrière-bouche, sans produire chez le patient de sensation désagréable ni douloureuse.

Il est un signe du côté de l'œil, de première importance, que l'on ne doit jamais négliger de chercher ; le rétrécissement du champ visuel. Sans doute c'est un ensemble symptomatique, un syndrome clinique que l'on peut rencontrer dans d'autres affections (Épilepsie, saturnisme, lésions cérébrales en foyer intéressant le carrefour sensitif), mais joint à d'autres stigmates, il prend une très grande valeur à cause de la difficulté qu'a le malade de pouvoir le simuler. Il existe ordinairement du côté de l'hémianesthésie. Il devra toujours être recherché au moyen du périmètre, car si dans certains cas il peut être rétréci au point de ne plus présenter que la dimension d'une pièce de un franc (observation VI), il en est d'autres où l'instrument seul pourra le révéler. Il sera quelquefois intéressant de rechercher le

rétrécissement concentrique du champ visuel pour les couleurs; même à l'état normal le champ visuel est plus étendu pour certaines couleurs que pour d'autres : le bleu est celle pour laquelle le cercle rétinien est le plus large, puis vient en diminuant, les cercles du jaune, de l'oranger, du rouge, du vert et du violet: ces cercles sont toujours disposés concentriquement dans l'ordre indiqué. Mais chez les hystériques des interversions ont lieu dans l'ordre de concentration de ces cercles. Le rouge est le plus souvent rejeté en dehors, le bleu et le jaune ne forment en dedans de lui qu'un cercle beaucoup plus petit. (Différentes observations citées dans la thèse du Dr Peugniez.) Dans un cas où le rétrécissement du champ visuel ne serait pas manifeste, l'examen doit être poursuivi dans le sens des couleurs.

L'étude anatomique de la contracture nous est aussi d'un grand secours pour en apprécier la nature hystérique. Un examen attentif des muscles paralysés ou contracturés nous montrera qu'il ne faut pas rattacher ces accidents à la lésion d'un nerf, puisque nous trouvons dans l'avant-bras par exemple paralysé un muscle innervé par le cubital en même temps qu'un muscle innervé par le radial.

Les anesthésies en manchette, leur transfert avec l'aimant viennent appuyer l'idée de troubles hystériques.

La surveillance nocturne des individus a renseigné aussi dans certains cas, et l'on a pu voir certaines contractures disparaître pendant le sommeil.

Il est également un moyen d'établir la différence entre

la contracture hystérique et la contracture volontaire, au moyen du sphygmographe. La contracture hystérique laisse sur le sphygmographe un tracé représentant à peu près une ligne, tandis que pour la contracture volontaire, on a un tracé avec hachures assez profondes.

Nous avons vu déjà qu'il existe souvent une disproportion très marquée entre l'impotence fonctionnelle et le traumatisme qui l'a précédée. Nous n'y reviendrons pas.

Nous signalerons enfin la fugacité des symptômes et le caractère transitoire des phénomènes morbides.

Les difficultés du diagnostic dans la part qui revient à l'hystérie à propos des accidents consécutifs au traumatisme peuvent tenir à la gravité même du choc. Le malade de notre observation VII a été atteint d'un traumatisme grave portant sur le crâne, qui a nécessité un séjour à l'hôpital pendant plusieurs mois et a entraîné une intervention dont il a rapidement guéri ; puis il est resté un impotent, mais un impotent marqué des stigmates les plus nets de l'hystérie. Et dans la symptomatologie si riche observée chez ce malade depuis son traumatisme jusqu'au jour de l'expertise, la plupart des phénomènes relèvent bien plus de la névrose que des lésions matérielles déterminées par le traumatisme. Or il est nécessaire d'affirmer que si l'accident ne peut engendrer à lui seul l'hystérie, il peut le faire apparaître chez des sujets prédisposés qui auraient pu rester longtemps encore et peut-être toute leur vie exempts des troubles qu'elle occasionne. Il était impossible de découvrir chez X des lésions anatomiques matérielles expli-

quant les troubles fonctionnels dont il se plaignait et qui paraissaient le rendre incapable de tout travail. Ces troubles fonctionnels constituant une infirmité chez notre blessé étaient donc de nature hystérique : chez notre malade en puissance d'hystérie, le traumatisme avait fait éclater la névrose dont les manifestations étaient au moment de l'examen les seuls agents de son impotence fonctionnelle.

Pour notre malade de l'observation IX, à n'examiner la chose que superficiellement, on pouvait croire à une section du nerf médian. La paralysie motrice localisée surtout aux fléchisseurs, le siège de la cicatrice semblaient inciter à cette conclusion ; les commémoratifs à eux seuls éveillaient cependant déjà l'attention. Entre la cicatrisation et l'apparition des premiers accidents, il s'était écoulé un espace de quinze jours pendant lequel aucun trouble moteur n'avait gêné le travail de l'ouvrier. L'hypothèse d'une section écartée, on pouvait penser à une compression des nerfs, par du tissu fibreux cicatriciel : c'est ici que l'examen de la sensibilité fournissait des signes révélateurs : l'anesthésie en manchette pathognomonique des hystéries localisées, l'hémianesthésie du sujet, la zone hystérogène au niveau du testicule étaient autant de stigmates de l'hystérie.

Lorsque, ni par l'interrogatoire du malade, ni par l'examen attentif des différents stigmates qu'il peut présenter, on n'arrive à établir un diagnostic, le chloroforme est alors le grand justicier de ces cas difficiles. Mais chez les émotifs qui sont généralement des hystériques, il exige dans son administration des précautions

toutes particulières. C'est ainsi que dans un cas d'ankylose du coude survenu chez un jeune homme de 28 ans, sans qu'aucun traumatisme, ni aucune inflammation n'aient pu donner l'explication de l'impotence fonctionnelle, le chloroforme fut administré pour éclairer le diagnostic. Tout à coup le pouls fila sous les doigts de l'aide chargé de l'explorer, le cœur cessa de battre, la respiration s'arrêta; et malgré la respiration artificielle, les tractions de la langue, prolongées plus de trois quarts d'heure, le malade ne put être rappelé à la vie.

PRONOSTIC

Le diagnostic posé, le pronostic des accidents n'en reste pas moins des plus difficiles à établir. L'hystérie est une maladie dont l'évolution est si irrégulière et la durée tellement indéterminée qu'il n'est pas toujours possible d'assigner une date précise à la terminaison des accidents, ni même de dire s'ils disparaîtront jamais complètement; il faudrait en tous cas se garder d'affirmer leur incurabilité. (Observation XIV.) Ce sont ces certificats d'incurabilité délivrés à propos d'accidents hystériques qui constituent les éléments sur lesquels s'appuient, pour affirmer les miracles, ceux qui entretiennent la clientèle des sources sacrées. Une malade du service du professeur Raymond, dont l'histoire nous a été rapportée par M. Peugniez, était atteinte de rétention d'urine de cause hystérique. Elle fut visitée par un agent qui lui proposa de lui faire faire gratuitement le voyage de Lourdes, en échange d'un certificat de son chef de service constatant qu'elle était incurable. Le certificat fut bien entendu refusé, et toutes les instan-

ces de la malade furent inutiles pour obtenir, sans le précieux talisman, le voyage au bout duquel on lui avait fait espérer la guérison : celle-ci survint du reste un beau jour brusquement et sans que rien ne l'ait motivée. Mais l'hystérie continua à évoluer chez la malade, que le Dr Peugniez a retrouvée plus tard dans sa clientèle civile. Elle était à ce moment atteinte depuis 2 ans 1/2 d'une hémiplégie hystérique, qui guérit en quelques heures par l'application d'un aimant de Charcot.

La fin d'un procès et la remise d'une indemnité ont été suffisantes pour amener aussitôt la disparition d'accidents, dont on ne pouvait prévoir la fin. Il ne faudrait donc pas accuser ces malades d'imposture et de mensonge.

TRAITEMENT

De l'étude que nous venons de faire, nous pouvons conclure que les phénomènes objectifs que présentent nos malades se réduisent à un trouble fonctionnel cérébral.

Il faut donc agir sur l'esprit de l'hystérique, attirer sa confiance, chercher à lui imposer sa volonté, lui affirmer qu'il guérira certainement, que sa paralysie ou que sa douleur n'est qu'un accident passager, et non une maladie incurable. « L'idée, dit M. Féré, peut être un agent pathogénique et un agent thérapeutique. » Convaincu qu'il doit guérir, notre malade guérira. Ainsi, nous dit Charcot, l'on fait sortir de force du lit où elle était depuis longtemps immobile, une malade atteinte de paraplégie hystérique. On lui ordonne de marcher et voilà qu'elle marche. Nous rapportons nous-même un exemple semblable. Notre observation XIV rapporte le cas d'une femme guérie de ses vomissements pendant dix jours environ uniquement parce qu'elle se croyait opérée, puis les vomissements ayant

réapparu, nous voyons leur disparition nouvelle avec l'absorption de quelques pilules composées de matières inertes. L'électricité, les plaques métalliques, les aimants sont d'un grand aide dans le traitement des accidents hystériques et M. Peugniez nous a rapporté l'observation d'une malade qu'il a vue dans le service de Charcot et qui, appartenant à un milieu social des plus riches, avait été vainement traitée dans la plupart des cliniques de l'Europe. Quelques semaines de séjour dans une salle commune de la Salpêtrière préparèrent la guérison que l'aplication d'un aimant réalisa en quelques heures.

Le chirurgien peut être appelé soit pour traiter certaines lésions qui sont l'épine irritative amenant les accidents hystériques, soit seulement pour agir sur la pensée du malade par le simulacre d'une intervention.

A côté de ces divers traitements qui s'appliquent aux accidents que nous avons passés en revue dans notre travail, il faudra soigner l'état général du sujet. Les douches, les bains, l'électricité statique, l'isolement viendront comme adjuvants.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite).

Hystérie toxique. Hématurie d'origine hystérique.

Antécédents héréditaires. — Mère nerveuse qui s'est suicidée, père ni alcoolique ni nerveux, deux frères ou sœurs morts en bas âge.

Antécédents personnels. — A eu, étant jeune, une otite moyenne qui a évolué sans douleur; pendant toute la période qui précède la puberté il a eu des adénites cervicales et des ophtalmies à répétition. A l'âge de 25 ans, une de ces adénites a suppuré. A 20 ans il s'est engagé dans l'infanterie de marine, n'ayant jamais encore eu d'accidents nerveux. Il est allé au Tonkin et pendant 20 mois qu'il y est resté, il prend régulièrement trois ou quatre absinthes par jour; il absorbe en plus assez fréquemment de l'alcool de riz, du rhum, sans cependant avoir de véritables crises d'ivresse. Il n'y avait pas encore un an qu'il était au Tonkin lorsqu'il a eu sur les rangs une première attaque. Il a perdu tout à coup connaissance, est tombé, ne s'est pas débattu, l'accès a duré quelques minutes à peine, mais dans la nuit qui suivit, il eut une autre attaque, et à partir de ce moment elles devinrent fréquentes ; au bout de quelques semaines, il en avait tous les jours ; les accès étaient courts, le malade les sentait venir, et

orsqu'ils étaient terminés, il reprenait immédiatement possession de lui-même, sans troubles de la mémoire, sans obnubilation des facultés intellectuelles, sans délire. Les attaques allant sans cesse en augmentant de fréquence, le malade est réformé.

Depuis son retour du Tonkin, il affirme ne plus boire d'absinthe, mais les accès devenant toujours plus nombreux, il entre à l'hôpital. Il a en ce moment plusieurs accès par 24 heures, ils sont précédés d'une aura consistant en une douleur vive éclatant subitement dans une région qui correspondrait à l'ovaire gauche chez la femme. Il a ensuite une sensation de boule, qui remonte de ce point jusqu'au larynx, puis une sensation de constriction violente au niveau de la gorge, et enfin des fourmillements s'étendant à tout le membre supérieur gauche. Le malade à ce moment exerce une compression sur la région d'où part l'aura, puis il tombe, écume, déchire ses vêtements, son matelas ; il n'a pas de grands mouvements, ni de convulsions cloniques, ni de phases d'hallucinations. On lui trouve une zone hystérogène sur le vertex, une autre dans les régions mammaires, enfin celle du flanc gauche, dont nous avons déjà parlé, mais la pression en ces divers points ne détermine pas d'attaque. L'examen de la sensibilité montre qu'il n'existe aucune zone étendue d'anesthésie. On constate seulement un retard très frappant dans la perception à la douleur, le sens musculaire est intact, mais il existe une hyperesthésie des plus nettes des membres inférieurs. L'ouïe, la vue, l'odorat, le goût sont conservés. On constate des deux côtés un très léger rétrécissement du champ visuel ; les cercles de vision des couleurs s'ordonnent concentriquement dans leur ordre habituel, la pupille est normale, ainsi que les réflexes pupillaires lumineux et accommodatifs, pas de scotum central. On constate un tremblement fibrillaire de la langue, et des doigts ; la nuit le sommeil du malade est traversé de visions effrayantes, telles que monstres et animaux avec lesquels il entame des luttes, ou de visions gaies éroti-

ques. Le matin, il a des pituites, des crampes dans les membres inférieurs, et se met difficilement en marche.

Deux mois avant son entrée à l'hôpital il s'aperçoit que de temps en temps il urine du sang, la miction commence claire, puis se teinte de plus en plus. Cette première crise d'hématurie dura 8 jours.

Il entre alors à l'hôpital dans un service de médecine où il reste sept semaines. Il en sort après avoir été soumis au bromure sans avoir uriné à nouveau de sang. Les hématuries constituent le seul symptôme qu'on relève du côté de la vessie, il n'y a ni douleur, ni fréquence des mictions, ni modification du jet, ni altération dans la quantité et la qualité des urines, quand elles ne contiennent pas de sang. A peine sorti de l'hôpital, les hématuries recommencent et le malade entre dans le service du Dr Peugniez. Plusieurs explorations de la vessie montrent de la façon la plus nette qu'il n'existe aucune altération des parois, et qu'elle ne contient aucun corps étranger. Le toucher rectal ne révèle aucune affection de la prostate ni des vésicules séminales. Le palper des reins reste négatif.

OBSERVATION II (inédite).

Hystéro-traumatisme de l'épaule droite. Contracture hystérique.

D... Arthur, brasseur, 46 ans.

Antécédents héréditaires. — Mère nerveuse.

Antécédents personnels. — A 24 ans, arthrite de l'épaule gauche liée à un traumatisme. Il a sa première attaque à 27 ans ; elle fut si violente qu'on dut le lier. Les crises se reproduisirent trois ou quatre fois dans le courant de la même année, à intervalles irréguliers. Elles duraient une demi-heure environ, le malade les sentait venir, ne se blessait jamais en tombant, ne gardait aucune hébétude, même à la suite des accès

les plus longs. En septembre 1893, en chargeant un baril, D... fait un violent effort et perçoit un petit craquement dans l'épaule. L'accident n'a pas de suites immédiates, mais trois semaines après, des douleurs violentes apparaissent dans le côté droit du cou, descendent vite dans l'épaule correspondante, et s'irradient à la partie supérieure du bras. En quelques jours, l'impotence fonctionnelle du membre devient complète et le malade entre dans le service du Dr Peugniez, le 15 novembre.

Voici l'état dans lequel il se présente : le bras dans l'adduction est collé contre le tronc et la contracture musculaire l'y immobilise au point qu'il est impossible de l'en détacher. On ne constate cependant aucune cicatrice au niveau ni au voisinage du moignon de l'épaule, pas d'atrophie musculaire, aucune tuméfaction, mais la circulation se fait mal dans tout le membre supérieur qui est violacé et froid. La palpation des muscles aussi bien que celle de l'articulation, détermine des douleurs : ces phénomènes s'observent jusque dans la région moyenne de l'avant-bras, dont la moitié inférieure seule réagit d'une façon normale à l'exploration. Même au repos, le malade perçoit dans l'articulation de l'épaule et dans la partie supérieure du bras des élancements douloureux. Les moindres tentatives de mobilisation arrachent des cris au patient et provoquent de sa part des mouvements de défense. Bien que l'atrophie musculaire ne soit pas très visible, on constate cependant que la puissance des muscles est considérablement moindre au niveau des parties qui sont encore mobiles (avant-bras, doigts). L'exploration de la sensibilité révèle une anesthésie s'étendant à tout le moignon de l'épaule, limitée en bas par un plan horizontal perpendiculaire à l'axe du membre, passant en avant à deux travers de doigt au-dessus du pli du coude et en arrière, à 0 m. 05 centimètres au-dessus du sommet de l'olécrane. En haut, l'insensibilité s'arrête à l'intersection des régions cervicales et du moignon de l'épaule. Le champ visuel est légèrement rétréci à droite.

Le malade est soumis au massage, mais le dixième jour après

son entrée à l'hôpital, il quitte brusquement le service, dans l'état où il était entré.

OBSERVATION III (inédite).

Contracture hystérique d'origine traumatique ; Accident du travail.

Le nommé B.., a fait le 4 janvier, une chute en poussant un wagonnet ; un médecin appelé auprès de lui diagnostiqua une luxation tibio-tarsienne droite et l'immobilisa dans un appareil plâtré. La déformation, qui existait au moment de cette première visite, se reproduisit un mois après au moment où l'appareil fut enlevé. Peu à peu, sous l'influence du massage, l'articulation reprit ses rapports normaux, mais l'impotence fonctionnelle resta complète. Une expertise fut ordonnée ; elle donna les résultats suivants :

Il n'existe aucune déformation de l'articulation tibio-tarsienne droite, aucune atrophie musculaire dans le membre inférieur correspondant.

Le moindre contact au voisinage de la jointure, la moindre tentative de mobilisation arrachent des cris au malade, des protestations, des mouvements de défense. Cependant en procédant avec douceur, on finit par constater que les mouvements de l'articulation sont possibles, et qu'ils s'exécutent avec toute leur amplitude aussi bien dans la médio-tarsienne que dans la tibio-tarsienne.

On constate bientôt que la peau elle-même est le siège d'une hyperesthésie très accusée. Le moindre pincement y est perçu comme une douleur vive. Cette hyperesthésie occupe un territoire très nettement limité ; elle s'étale sur toute la surface du pied droit, remonte sur la partie inférieure de la jambe, et cesse à l'union de son tiers inférieur avec ses 2/3 supérieurs.

La limite est marquée par une circonférence occupant à peu près un plan horizontal.

Le reste du tégument externe ne présente aucun trouble de sensibilité ; mais on retrouve une anesthésie complète sur les deux cornées et sur toute la surface du larynx où les réflexes sont abolis.

Quand on lui demande de se tenir debout et de marcher, il essaie, se lève sur la jambe saine, puis pose doucement par terre le pied malade. Mais à peine le contact est-il établi que tout dans l'attitude et le facies du blessé exprime la souffrance. Il se plaint, gémit, sa respiration s'oppresse, il déclare qu'il ne peut supporter la douleur que lui occasionne la pression du pied malade sur le sol et après avoir fait péniblement deux ou trois pas, appuyé sur des cannes, il s'assied épuisé.

En relevant les antécédents pathologiques de X..., on apprend qu'il a depuis l'âge de 17 ans des attaques de nerf au cours desquelles il perd connaissance. Elles surviennent volontiers, dit-il, à l'occasion d'une contrariété, elles sont précédées d'une aura, qui avertit le malade de leur imminence et lui laisse le temps de se protéger dans sa chute. Puis il tombe, crie, agite les membres. La durée des crises convulsives est de 1/4 d'heure à 1/2 heure environ. L'attaque se termine par une phase de délire suivie généralement d'une assez violente courbature. Il a ainsi deux ou trois crises par an. Sa femme en a été plusieurs fois témoin.

Les constatations qui ont été faites suffisent à établir la réalité des troubles nerveux chez X... Les réponses qu'il a faites ont paru rester dans les limites exactes assignées par l'observation médicale aux affections du système nerveux consécutives aux traumatismes chez les hystériques. Nous n'avons donc aucune raison de suspecter sa bonne foi.

C'est un hystérique, ainsi que l'indiquent les stigmates permanents dont il est atteint, (anesthésie des conjonctives et du pharynx, attaques convulsives) et les troubles sensitifs et moteurs

(hyperesthésie et impotence fonctionnelle) qui sont venus compliquer le traumatisme dont il a été victime.

Il est certainement atteint de ces désordres du système nerveux qu'on désigne sous le nom d'hystérie traumatique, et cette affection est chez lui assez prononcée pour le rendre incapable de se livrer à toute occupation lui permettant de gagner sa vie.

Dans la symptomatologie que nous avons eue sous les yeux, il nous a été impossible de découvrir des lésions anatomiques matérielles, expliquant les troubles dont il se plaint et tous ces phénomènes morbides relèvent actuellement bien plus de la névrose dont il est atteint que des lésions anatomiques déterminées par le traumatisme.

L'état de X... n'est pas incurable. Mais l'affection dont il s'agit est généralement fort tenace. En tous cas, elle progresse vers la guérison en suivant une marche tellement irrégulière, tantôt extrêmement lente, quelquefois étrangement rapide, sans jamais obéir à une évolution réglée, qu'il est impossible de formuler sur son état actuel un pronostic d'une précision rigoureuse et d'assigner une date même approximative à sa guérison.

Conclusion : X. est atteint actuellement d'hystérie traumatique. Cette affection n'est pas incurable, mais il est impossible de prévoir l'époque à laquelle surviendra la guérison.

L'accident du 4 janvier eût été incapable, par les seules lésions qu'il a entraînées, d'amener les désordres fonctionnels dont se plaint aujourd'hui X. ; mais chez un hystérique prédisposé par des troubles antérieurs il a été le prétexte à de nouvelles manifestations de la névrose, lesquelles sont aujourd'hui les seuls agents de son impotence fonctionnelle.

OBSERVATION IV (inédite).

Rétrécissement spasmodique œsophagien. Sollicitation d'une intervention.

Le nommé H..., garçon boulanger, âgé de 39 ans, descendu d'un service de médecine, entre à l'Hôtel-Dieu d'Amiens, dans le service du Dr Peugniez pour un rétrécissement de l'œsophage contre lequel il sollicite une gastrostomie.

Au point de vue de ses antécédents héréditaires ou collatéraux, nous ne pouvons guère savoir rien de bien précis. Le malade nous dit ne pas avoir connu son père. Sa mère serait morte, alors qu'il avait 5 ans. Il a un frère qui a toujours été bien portant. Son passé pathologique n'a rien d'intéressant. A noter seulement une fièvre typhoïde faite il y a dix-huit ans étant au service militaire. Il n'a jamais eu d'attaques de nerfs. Il y a dix ans il a eu une écorchure au bout de la verge, la cicatrisation s'est faite au bout d'une dizaine de jours et un mois après survint une éruption localisée sur les membres supérieurs, tandis que le malade remarquait que ses cheveux tombaient. Il y a six semaines il eut des maux de tête assez violents pour l'obliger à cesser tout travail. Cette céphalée cesse d'ailleurs assez rapidement à l'iodure de potassium et aux frictions mercurielles.

Il y a huit jours, brusquement il s'est trouvé dans l'impossibilité complète d'avaler ni aliments solides, ni liquides. Depuis il n'a absolument rien pris, le spasme n'ayant pas cessé. Pendant l'interrogatoire assez long que nous faisons subir au malade, nous observons que la salive n'encombre pas la bouche et cependant la langue est humide comme à l'état normal. Invité à essayer d'avaler une gorgée de liquide, il rend le tout par la bouche et par les fosses nasales, après de vains efforts pendant lesquels la face prend une expression angoissée.

H... a les apparences d'un homme sain ; à peine a-t-il l'air un peu amaigri, sa peau présente assez nettement le phénomène du pli persistant. Au niveau du tubercule du premier métatarsien du pied droit se trouve une excoriation assez profonde, large comme une pièce de un franc, qui n'est pas douloureuse et ne fait pas boiter le malade : elle s'est creusée sans attirer son attention ; les ganglions inguinaux ne sont ni plus durs, ni plus volumineux que normalement, ceux de la nuque ne paraissent pas engorgés.

A l'examen du cou on ne trouve de tumeur visible ni du côté du larynx, ni du côté du corps thyroïde. Au niveau de la nuque on remarque des plaques où les cheveux n'ont pas repoussé. Quelques varices superficielles sillonnent les membres inférieurs. On ne trouve pas de lésions au cœur ni aux poumons. Le réflexe conjonctival est presque totalement aboli à gauche et très peu diminué à droite, le réflexe pharyngien est complètement aboli.

La sensibilité au contact est normale, mais le malade ne distingue pas le chaud du froid, un vase rempli d'eau froide est appliqué sur la joue droite et le bras droit du malade et par deux fois, il nous dit que c'est chaud. A gauche, il nous dit que c'est froid. On lui pique le bras droit avec une épingle, il déclare qu'on le brûle ; on peut même lui transpercer la peau sans qu'il réagisse. On lui roussit les poils de la jambe droite et c'est seulement une dizaine de secondes après qu'il accuse la sensation de brûlure. A gauche la réaction est plus vive, à la chaleur comme à la piqûre.

En somme il y a une très notable diminution de la sensibilité à droite, une hyperesthésie très marquée à gauche.

La pression au niveau de l'abdomen amène rapidement une réaction de défense. Les réflexes tendineux sont exagérés des deux côtés et la sensibilité plantaire est très vive à gauche.

Le champ visuel est normal et le malade distingue bien les couleurs.

On passe facilement dans son œsophage une boule de grosseur moyenne sans rencontrer d'obstacle.

La plus grosse bougie de l'explorateur, après trois ou quatre séances de cathétérisme passe sans difficulté ; le malade commence à déglutir des aliments liquides ; quelques jours après les solides sont avalés, et une dizaine de jours après son entrée dans le service H... sortait complètement guéri.

OBSERVATION V (inédite).

Contusion du crâne. Zone hystérogène.

P.., 17 ans, ouvrière de fabrique. A signaler seulement dans les antécédents l'alcoolisme du père qui vit depuis plusieurs années séparé de sa femme. Réglée à 13 ans régulièrement, elle a depuis cette époque des attaques de nerfs survenant après des émotions vives. La malade sent venir ses attaques, elle tombe, sans perdre tout à fait connaissance, car elle se rend encore compte de ce qui se passe autour d'elle, sans avoir de crises convulsives ; elle reste immobile pendant un temps qui varie de une heure à quatre heures. L'accès terminé, elle en garde le souvenir et ses facultés intellectuelles reprennent leur taux normal presque immédiatement après. Elle présente une anesthésie totale de la peau qu'on peut traverser avec une épingle sans déterminer la moindre réaction, le réflexe pharyngien est aboli, la sensibilité thermique conservée, le sens musculaire aussi.

Il y a 15 jours, on la tire brusquement par les cheveux et on lui assène un coup de poing sur le sommet de la tête. Cette violence détermine une attaque identique à celle que nous venons de décrire, mais l'accès terminé, il ne lui reste aucune douleur au niveau du point où elle a été frappée. Quatre jours après elle ressent tout à coup à cette place une douleur extrêmement vive, suivie bientôt d'une attaque. Depuis ce moment, le moin-

dre frôlement sur cette région devient le point de départ d'un accès douloureux qui se termine souvent par une attaque. La pression en ce lieu détermine une crise.

L'ancien foyer traumatique est désormais une zone hystérogène.

OBSERVATION VI (inédite).

Aura et attaque modifiées par le traumatisme. Commotion cérébrale et perte de connaissance.

H..., homme de 25 ans. Sa grand'mère paternelle avait des attaques de nerfs, la mère des attaques d'hystérie bien caractérisées avec phase de grands mouvements, les accès se reproduisant tous les mois. Dès l'âge de 5 ans, il a des attaques à aura épigastrique ; il perd connaissance, mais ne se débat presque pas. L'accès dure peu ; le malade le sent venir, et en garde le souvenir. Les crises se reproduisent au moins tous les mois. Cet état reste stationnaire jusqu'à l'âge de 17 ans. A cette époque il reçoit au creux épigastrique une contusion assez violente. Bousculé par une vache, il est d'un coup de tête lancé contre un mur ; il reste étendu pendant deux heures sans connaissance mais en revenant à lui, il reprend immédiatement contact avec le monde extérieur comme à la suite des précédentes attaques. Il ne portait du reste au niveau du crâne et du cuir chevelu aucune trace de violence.

Depuis cet accident, les attaques sont modifiées ; tout à coup à l'aura épigastrique succède la sensation d'une boule montant le long de l'œsophage et venant étreindre le malade à la gorge, puis il tourne sur lui-même, entend des bourdonnements d'oreilles violents, perd connaissance et tombe. Commence alors la période des convulsions épileptoïdes, bientôt suivie de la phase de grands mouvements, et terminée par l'arc de cercle. A l'examen du malade, on constate au niveau du mamelon droit

une zone hystérogène où la pression détermine une attaque, qui peut être arrêtée par la pression d'une zone symétrique située à gauche. Le malade est un hémianesthésique total gauche, et cette hémianesthésie s'étend à la zone sensorielle. Le sens musculaire est conservé. Il est achromatopsique et présente un rétrécissement du champ visuel très accusé.

OBSERVATION VII (inédite).

Difficulté du diagnostic lorsque le traumatisme a été violent. Responsabilité.

Il s'agit d'un homme qui, le 4 novembre 1898, reçoit sur la région malaire droite un morceau de bois de 1 m. 60 de long sur 0 m. 15 de large. Il tombe et ne peut se relever. Il paraît qu'il a perdu du sang au moment de l'accident par l'oreille droite et la narine du même côté. Il reste aphasique pendant la première journée qui suit l'accident. Dès la septième heure, on constate la présence d'une ecchymose sous-conjonctivale du côté blessé. Dans les jours qui suivent, le malade est pris d'accès convulsifs durant lesquels il perd connaissance, le corps secoué de secousses cloniques plus accusées à droite qu'à gauche. A la suite de ces accès qui durent quelques minutes, on constate du ptosis du côté droit, tantôt du trismus, tantôt de l'hémicontracture droite en flexion. Ce qui caractérise la symptomatologie de cette période, ce sont les apparences protéiformes, et le caractère fugitif des phénomènes observés. Un jour, la contracture du côté droit cesse pour réapparaître le lendemain ou faire place à une paralysie incomplète ; un autre jour, c'est l'aphasie qui disparaît, mais on la retrouve quelque temps après. Le trismus succède au ptosis pour le remplacer plus tard ou l'accompagner, le coma alterne avec le délire et l'agitation.

Le 22, outre les phénomènes précédents, on constate la triade symptomatologique des paralysies de la troisième paire et des

signes d'otite moyenne purulente qu'une trépanation faite dans le service du Dr Peugniez guérit en quelques jours. Peu à peu les troubles de l'intelligence et de la motilité s'amendent, et deux mois après l'accident le malade ne présente plus aucun phénomène de paralysie ou de contracture. Néanmoins sa démarche reste chancelante comme celle d'un homme ivre, sa mémoire s'est perdue, sa volonté et son intelligence ont baissé tellement qu'il se déclare incapable de tout travail.

C'est alors qu'une expertise fut ordonnée pour établir le rôle joué par l'accident, et l'examen auquel le malade fut soumis révéla les phénomènes suivants :

Il est complètement guéri de son otite ; il n'en reste d'autre trace qu'une cicatrice déprimée au niveau de l'apophyse mastoïde. Mais c'est un hémianesthésique total du côté droit ; ses réflexes cornéens et pharyngiens sont complètement abolis, il présente une diminution notable du champ visuel surtout à gauche. Autour de la cicatrice de la trépanation, il persiste une zone d'hyperesthésie où l'exagération de la sensibilité cutanée est telle que le moindre attouchement provoque des mouvements de défense d'une extrême intensité. On prévoit qu'une pression à ce niveau déterminerait vraisemblablement une attaque. Spontanément le malade a du reste des accès convulsifs débutant par une sensation de constriction au niveau de l'épigastre suivie de perte de connaissance. Il tombe alors et se débat pendant plusieurs minutes.

OBSERVATION VIII (inédite).

Stigmates hystériques.

M..., 36 ans. Antécédents, le père est mort d'une maladie de la moelle épinière, la mère à l'âge de 36 ans a été atteinte d'accès de paralysie des membres inférieurs qui durèrent quel-

quefois plusieurs mois, et se reproduisant tous les ans. Réglée à 17 ans, elle s'est mariée à 19 ans. Au cours de sa première grossesse, elle a été prise d'une paralysie des membres inférieurs qui a duré plusieurs mois. Cette grossesse s'est terminée par la naissance d'un enfant ayant un bec-de-lièvre.

Depuis elle a eu deux autres fils bien portants, puis après la naissance du dernier, il y a neuf ans, elle a eu au sein gauche un abcès qui guérit rapidement. Six ans après apparurent au même endroit des taches rougeâtres au niveau desquelles l'épiderme ne tarda pas à se soulever, des phlyctènes remplies de liquide s'espacèrent sur les zones colorées. Elles se rompirent, laissant à leur place des ulcérations nombreuses et peu étendues. D'autres semblables apparurent peu de temps après sur la paroi abdominale, sur la face externe de la jambe droite. Elles persistèrent de quinze à dix-huit mois sauf celles du sein qui n'ont disparu que depuis quelques jours et ont persisté depuis près de trois ans. En revanche, il y a deux mois, les mêmes taches, puis les mêmes bulbes, enfin les mêmes ulcérations réapparurent sur la peau du ventre. La malade entre alors à l'hôpital d'Amiens, dans le service de clinique chirurgicale du Dr Peugniez.

On constate que ces ulcérations sont disséminées sur toute la paroi de l'abdomen, sans que leur siège réponde à un territoire anatomique défini. Elles sont irrégulières, serpigineuses, taillées à pic, à fond blanchâtre, ne sécrétant qu'une sérosité louche; elles ont à peine un millimètre de profondeur, leur bord festonné ne présente aucune modification de couleur indiquant une inflammation quelconque ; quelques-unes sont recouvertes d'un léger enduit pultacé. Les recherches les plus minutieuses n'ont fait découvrir chez cette malade aucun antécédent, ni aucun stigmate de syphilis. Les règles à la suite d'une émotion violente se sont arrêtées il y a deux ans et demi pour ne plus reparaître, des hémorrhagies supplémentaires se produisant à des périodes indéterminées se font sous forme d'hématé-

mèse, d'hématurie, d'hémoptysie et cependant il n'existe aucune lésion organique de l'estomac, de la vessie, du poumon ou du cœur. Le toucher vaginal ne révèle aucune lésion de l'utérus ni de ses annexes. Enfin la malade a de temps en temps des attaques caractérisées par une perte de connaissance survenant brusquement, ne s'accompagnant pas de convulsions et durant seulement quelques minutes. Elle est anesthésique totale, ses réflexes pharyngiens et cornéens sont abolis, elle a un rétrécissement considérable du champ visuel. Après avoir passé quelques jours dans le service, brusquement, sans aucun motif, elle quitte l'hôpital.

OBSERVATION IX (inédite).

Hystéro-traumatisme de l'avant-bras, paralysie.

E... 21 ans. Le 13 juin 1901, en passant la main à travers un carreau, il se coupe : la plaie siège à trois travers de doigt au-dessus du poignet droit sur la face palmaire, à direction transversale. Il semble bien qu'il n'y a que la peau d'intéressée, car six jours après l'accident, le malade reprenait son travail, la plaie complètement cicatrisée.

Il reste quinze jours tout à fait guéri. Vers le milieu de juillet, il est pris tout à coup au milieu de la nuit de douleurs extrêmement violentes de l'avant-bras droit, et le matin en se levant il constate que la main est complètement paralysée, il lui est impossible de saisir l'instrument avec lequel il a l'habitude de travailler. Il entre alors à l'hôpital dans le service du Dr Peugniez. On constate que les mouvements de pronation sont impossibles et que les fléchisseurs sont complètement paralysés. L'exploration de la sensibilité révèle une zone d'anesthésie en manchette, occupant les doigts, la main et l'avant-bras, et limitée par une ligne horizontale passant à deux travers de doigt au-dessus de la cicatrice. Il existe une hémianesthésie sensitivo-

sensorielle de tout le côté droit sans achromatopsie. Une zone hystérogène se trouve au niveau du testicule gauche, où la pression détermine une angoisse extrêmement vive, sans qu'on n'ait jamais pu déterminer d'attaques. Il n'en a jamais eu ; trois jours après son entrée à l'hôpital, brusquement il quitte le service.

OBSERVATION X (inédite).

Zone douloureuse occupant la région ovarique chez une hystérique hystérectomisée.

D... 18 ans, opérée le 15 novembre d'une hystérectomie pour suppuration pelvienne. L'observation prise à cette époque mentionne que la malade a des attaques de nerfs, de l'hémianesthésie gauche, de l'insensibilité de la cornée et du pharynx. Elle rentre le 14 février de l'année suivante, se plaignant de douleurs très vives dans la région des ovaires. L'examen au toucher révèle l'état de souplesse absolue du vagin, qui présente dans son fond une cicatrice déprimée, infundibuliforme. En examinant la zone ovarique douloureuse, on constate qu'elle est le siège d'une hyperesthésie étendue surtout à la peau, dont le frôlement est plus douloureux que le pincement de la masse musculaire sous-jacente. Les ovaires avaient été enlevés au cours de l'opération précédente et ne pouvaient donc plus être le siège des phénomènes douloureux présentés par la malade.

OBSERVATION XI (inédite).

Métrite légère chez une hystérique amenant des accidents simulant deux fois le début brusque d'une hématocèle.

O... 26 ans, cuisinière. Réglée à 12 ans, a eu un premier accouchement à 24 ans. Depuis cette époque leucorrhée légère et quelques douleurs à l'occasion de fatigues. En mai 98, elle est prise tout à coup d'une douleur très vive dans le ventre, accompagnée de frissons et de tendances à la syncope, qui l'immobilise au lit pendant plusieurs jours. Brusquement ces phénomènes disparaissent et la malade se lève sans éprouver de nouvelles douleurs. Le 8 juillet les mêmes accidents se renouvellent et elle entre à l'hôpital. Les commémoratifs semblent en imposer pour une hématocèle, mais toute tentative d'exploration est impossible. Le moindre frôlement de la paroi abdominale détermine une crise de nerfs et la moindre tentative de toucher provoque des cris et des mouvements de défense tels que nous devons renoncer à cette exploration. La malade a de l'anesthésie de la cornée et du pharynx, une diminution très notable de la sensibilité cutanée. Elle est très sujette à des crises nerveuses. A l'examen sous le chloroforme, nous constatons la mobilité de l'utérus, l'intégrité du cul-de-sac postérieur : Le spéculum nous laisse voir quelques traces de métrite légère. Convaincu que nous avons affaire à une hystérique, on la laisse au repos, en recommandant aux élèves du service de ne se livrer sur elle à aucune tentative d'examen. Le 5 août la malade se déclare guérie, se lève et quitte l'hôpital.

OBSERVATION XII (inédite),

Hyperesthésie de la région ovarienne gauche amenant une malade à solliciter une intervention.

H... 20 ans.

Antécedents héréditaires. — Nuls.

Antécédents collatéraux. — Une sœur sujette à des crises de nerfs.

Réglée à l'âge de 13 ans, elle n'a pas eu d'enfants, ni fait de fausses couches, et ne semble pas avoir jamais été infectée par la blennorrhagie. Depuis l'âge de 15 ans, elle a des douleurs violentes au niveau de la région ovarienne gauche. Elle se présente à l'hôpital, dans le service du Dr Peugniez sollicitant une intervention.

L'absence des accidents habituels qui amènent les troubles organiques dans la sphère génitale de la femme (accouchement, fausse couche, infection blennorrhagique) nous fait penser que vraisemblablement il n'existe aucune lésion somatique de l'ovaire. En interrogeant notre malade nous apprenons qu'elle a eu à plusieurs reprises des rétentions d'urine survenues brusquement, disparues de même. On constate de l'anesthésie de la conjonctive et du pharynx, de l'hyperesthésie de la peau au niveau de la région ovarienne gauche, tandis que le palper révèle la souplesse du ventre, et n'éveille aucune douleur sauf dans la zone correspondant à l'hyperesthésie. Le toucher vaginal, le ballottement de l'utérus, l'exploration bi-manuelle des annexes ne révèlent aucune douleur, le spéculum montre un col de nullipare sain et normal. Il s'agit ici bien manifestement, d'une zone d'hyperesthésie chez une hystérique et nous refusons toute intervention.

OBSERVATION XIII (inédite).

Métrite légère simulant chez une hystérique une affection annexielle.

X..., a 33 ans. Réglée à 15 ans toujours irrégulièrement elle est parfois deux mois sans voir ; elle a eu à plusieurs reprises des hémoptysies survenues à une époque pouvant faire croire à des hémorrhagies supplémentaires. Mariée depuis plusieurs années, elle n'a pas eu d'enfants. A son entrée à l'hôpital, elle se plaint de douleurs violentes localisées dans la région ovarienne gauche. Il y a un an, elle a subi à l'hôpital Lariboisière une intervention chirurgicale que semblaient justifier les phénomènes douloureux qu'elle ressentait. Cependant la palpation du ventre ne révèle de douleurs qu'au niveau de la région ovarienne gauche, et en ce point on constate une hyperesthésie manifeste de la peau. Le toucher ne révèle aucun trouble dans la statique ni la mobilité de l'utérus. Celui-ci n'est pas douloureux. La malade accuse une leucorrhée continue, apparue avec les premières règles.

Les phénomènes observés du côté des organes génitaux nous paraissent hors de proportions avec les phénomènes douloureux accusés par la malade.

Nous examinons sa sensibilité : Le réflexe pharyngien est aboli, les deux cornées sont insensibles, et nous trouvons une anesthésie totale des deux membres supérieurs depuis les mains jusqu'au coude ; à maintes reprises, nous avons pu traverser la peau de cette région avec une épingle, sans éveiller la moindre sensation douloureuse. Il existe une zone hystérogène au niveau du vertex. La malade nous déclare avoir eu souvent des attaques convulsives à la suite de contrariétés ; elles sont précédées d'une aura à point de départ épigastrique et se terminent par

une sensation de constriction à la gorge. X... a été soumise à un curetage que nous avons pratiqué autant pour la suggestion que contre la leucorrhée, mais nous nous sommes bien gardé de toucher à l'ovaire douloureux. Cette malade a quitté l'hôpital ne souffrant plus, trois semaines après l'intervention.

OBSERVATION XIV (inédite)

Vomissements incoercibles simulant une sténose pylorique chez une hystérique. Guérison par la suggestion.

M..., 30 ans, entre dans le service de chirurgie pour subir une gastrotomie semblant nécessitée par des vomissements incoercibles, mis sur le compte d'une sténose pylorique. Les vomissements durent depuis longtemps, néanmoins la malade ne présente pas l'aspect cachectique des femmes chez qui la nutrition est devenue impossible. Elle est mise en surveillance d'une façon toute spéciale, et la sœur nous confirme au bout de huit à dix jours que depuis son entrée, elle a vomi toutes les fois que l'on a tenté de lui faire prendre des aliments solides ou liquides.

L'interrogatoire nous apprend qu'elle a souvent des crises nerveuses, nous constatons qu'elle est hémianesthésique, que son réflexe pharyngien est aboli, qu'elle a de l'insensibilité des deux cornées.

Convaincu qu'il s'agit d'accidents hystériques, le chef de service, le Dr Peugniez, annonce à la malade qu'il est décidé à tenter une intervention destinée à lever l'obstacle dont on lui a parlé au niveau du pylore. Il laisse quelques jours la malade méditer sur l'opération qu'elle doit subir puis elle est endormie, et sans qu'aucune intervention ne soit faite, elle est reportée dans son lit, le tronc enveloppé dans un épais pansement. Immédiatement les vomissements cessent et notre malade n'a même pas les vomissements habituels du chloroforme. Redou-

tant un peu la levée du pansement qui masquait la supercherie on en reculait la date. La malade, qui voulait voir à tout prix la plaie, devenait de jour en jour plus pressante et sollicitait plus instamment les élèves de la panser. Un jour l'un d'eux impatienté lui répondit que son pansement était suffisant puisqu'on ne lui avait rien fait. Une heure ne s'était pas écoulée que les vomissements reprenaient et revenaient aussi fréquents qu'avant la suggestion. Ils disparurent quelque temps après sous l'influence de l'administration de pilules, dont on avait minutieusement discuté devant la malade la dose et le mode d'administration à cause de leur extraordinaire énergie. Il ne s'agissait en réalité que de pilules inertes. La malade a été suivie pendant dix ou quinze jours, puis a quitté l'hôpital.

OBSERVATION XV

Rapport sur un cas d'hystérie développée chez une femme à la suite d'un accident de chemin de fer qu'a bien voulu nous communiquer M. le professeur Joffroy.

Nous nous sommes rendus immédiatement chez la dame S..., que nous trouvons assise dans un fauteuil. Notre arrivée lui cause une émotion assez vive ; la respiration devient haletante, le pouls s'élève immédiatement à 123 pulsations par minute et la malade nous apparaît en proie à une crise d'angoisse très accusée.

A peine avions-nous eu le temps de faire ces constatations, que se produit une attaque présentant les caractères classiques du petit mal hystérique avec cris, gesticulations, étouffements, irrégularité de la respiration, troubles circulatoires, menaces de perte de connaissance, puis enfin crises de larmes avec sanglots. La durée de cette attaque ne dépasse guère une minute, la malade se remet très vite et nous pouvons procéder à un examen méthodique auquel elle se prête de bonne grâce.

Au cours de notre interrogatoire, et à diverses reprises, nous avons fait faire à la dame S... le récit des péripéties de l'accident et nous n'avons constaté qu'une interruption très courte dans l'enchaînement de ses souvenirs. Cette interruption nous paraît devoir très probablement être attribuée à l'existence d'une syncope de peu de durée plutôt qu'à l'amnésie de faits observés. La malade n'a en effet absolument aucun souvenir de la chute du wagon en bas du remblai et comme elle se rappelle parfaitement les détails du début de l'accident ainsi que ceux du sauvetage, nous croyons devoir écarter le diagnostic d'amnésie traumatique et expliquer l'absence de la notion de certains faits dans l'esprit de la malade par une syncope de courte durée.

C'est deux ou trois jours après cet accident que sont apparues les crises hystériques qui surviennent au nombre de trois ou quatre par jour au minimum et n'ont jamais cessé d'apparaître depuis lors.

Passons maintenant à l'exposé des troubles de la sensibilité très importants pour le diagnostic de l'affection.

A la face il y a un certain degré d'analgésie à peu près également marquée à droite et à gauche.

Aux membres supérieurs on constate une diminution de la sensibilité non seulement à la douleur, mais aussi au contact et à la température, sans qu'il y ait, au moment de notre examen, de différence bien appréciable entre le côté droit et le côté gauche.

Aux membres inférieurs, on note au contraire une diminution de la sensibilité du côté droit, alors que la sensibilité paraît normale du côté gauche.

D'autre part on constate une hyperesthésie cutanée très accusée au niveau des régions dorsale inférieure, lombaire et sacrée, constituant une zone hystérogène très sensible. La moindre pression à ce niveau, et même le simple frôlement déterminent un redressement brusque du tronc avec production de toux spasmodique, et si l'excitation de cette zone est plus accusée ou

plus prolongée, on détermine immédiatement une attaque d'hystérie semblable à celle que nous avons décrite plus haut. C'est ce qui s'est produit sous nos yeux.

On constate également un certain degré d'ovariolgie du côté droit. Il existe aussi un point hystérogène au-dessus du sein droit. Il en existe un second au-dessous et un troisième au-dessus du sein gauche, mais l'excitation de ces différents points est bien moins efficace que celle de la zone dorso-lombaire.

Une autre zone hystérogène se trouve au niveau du vertex, mais ne présentant cependant pas les caractères d'extrême sensibilité du clou hystérique.

Les conjonctives et la cornée sont hyperesthésiées.

Il n'y a pas d'altération du sens chromatique. La malade reconnaît sans hésiter les couleurs que nous lui montrons : le rouge, le vert, le jaune, le bleu, le mauve.

Nous avons alors cherché à déterminer approximativement (en l'absence de l'appareil nécessaire pour faire un examen méthodique), l'étendue du champ visuel pour chaque œil, il nous a semblé qu'il y avait une diminution appréciable du champ visuel de l'œil droit.

Nous n'avons noté aucun autre trouble bien marqué de la vue.

L'acuité auditive est affaiblie à gauche, le bruit n'est pas perçu de ce côté à plus de 40 à 50 centimètres, à droite le même bruit n'est perçu qu'à 15 ou 20 centimètres environ.

Le réflexe pharyngé est très affaibli.

Les réflexes patellaires sont exagérés, surtout du côté droit (anesthésie) et le redressement des orteils de côté détermine facilement de la trépidation épileptoïde.

Les réflexes plantaires sont très affaiblis.

La piqûre de la plante du pied détermine la flexion des orteils des deux côtés; ce qui vient confirmer notre opinion qu'il n'existe pas de lésion organique des centres nerveux.

La marche est lente mais assez régulière, l'occlusion des yeux ne la modifie pas sensiblement.

La force musculaire est notablement diminuée dans les deux membres supérieurs, mais si la pression des deux mains est à peu près égale, les mouvements du bras gauche sont moins rapides et plus limités que ceux du bras droit, à cause d'un certain degré de contracture.

A la face on note aussi que le sillon naso-labial gauche est plus accusé que le droit par suite de la contracture des muscles animés par le facial inférieur gauche.

La contracture de la face et du bras est plus prononcée après l'attaque de l'hystérie.

La céphalalgie est actuellement modérée, le sommeil est suffisant quoique souvent interrompu par des cauchemars, rappelant généralement l'accident dont la malade a été victime.

Nous avons pu croire tout d'abord qu'il n'y avait aucun trouble de l'intelligence, ni de la mémoire, quoique la malade nous ait dit vers la fin de notre interrogatoire, qu'elle se fatiguait très vite et qu'après une conversation de peu de durée il lui arrivait de ne plus être en mesure de continuer la conversation parce qu'elle ne savait plus ce qu'elle disait. C'est ainsi, nous a-t-elle dit, qu'elle pouvait très bien recevoir une première cliente, mais que s'il en venait deux ou trois de suite elle devenait incapable de les servir parce que la mémoire lui faisait défaut et qu'elle oubliait ce qu'elle venait de dire quelques instants auparavant. Cette assertion nous paraissait plutôt exagérée à cause de la manière précise dont la dame S... avait répondu à nos questions, mais nous avons pu voir que nous avions tort de ne pas attacher assez d'importance au renseignement qui nous était fourni touchant la facilité avec laquelle se produit chez la malade la fatigue cérébrale et l'obnubilation de la mémoire.

Vers la fin de notre examen, nous avons demandé à la dame S...

des renseignements sur ses parents, ses frères, ses sœurs, leur nombre, leur âge, etc.

Elle nous a donné alors quelques indications que nous avons reconnues ultérieurement être en partie erronées. En effet, lorsqu'après l'examen de la dame S..., nous avon fait allusion à ces renseignements devant son médecin, il nous fit remarquer que nous nous trompions sur le nombre des frères et des sœurs, et que par conséquent la malade nous avait donné un renseignement inexact.

Nous sommes alors retournés deux heures environ après notre examen, près de la dame S..., nous l'avons interrogée à nouveau sur ce point, et cette fois, sans hésiter elle nous a très nettement et très exactement dit le nombre de ses frères et de ses sœurs sans se douter de l'importance de la réponse qu'elle allait faire. Elle ne se rappelait du reste pas ce qu'elle nous avait répondu en premier lieu.

Les constatations et les renseignements que nous venons de mentionner nous autorisent dès maintenant à dire que le diagnostic d'hystéro-neurasthénie s'impose et ne nous paraît pas discutable.

L'extrême émotivité de la malade, l'existence des troubles de la sensibilité, des zones hystérogènes, des contractures, la répétition fréquente des crises hystériques, ne permet pas le doute sur l'existence de l'*hystérie*.

L'existence de l'anesthésie, des zones hystérogènes, de la contracture, de la trépidation épileptoïde, les modifications du pouls et certains troubles vaso-moteurs observés au moment de l'attaque nous permettent de rejeter l'hypothèse de simulation. Nous ne pensons même pas qu'il y ait d'exagération de la part de la malade.

La facilité avec laquelle se produit la fatigue cérébrale avec amnésie passagère est en rapport avec la *neurasthénie*, ainsi que l'irritabilité du caractère qui est devenue plus appréciable

depuis quelque temps. La dame S... est donc atteinte d'*hystéro-neurasthénie*.

Mais une question très importante se pose maintenant.

L'hystérie date-t-elle de l'accident qui serait la cause de l'affection nerveuse, ou bien la malade a-t-elle présenté antérieurement des manifestations de nature hystérique?

La dame S..., interrogée sur ce point à différentes reprises, nous a toujours affirmé n'avoir jamais eu aucune attaque de nerfs, ni aucune manifestation nerveuse avant son accident.

Nous avons appris à ce moment et nous devons mentionner qu'une assurance sur la vie a été contractée par la malade il y a onze ans, et dans la police de cette assurance il est dit que la malade ne présente aucune tare pathologique.

Mais nous ne voulions pas nous en tenir aux renseignements fournis par la malade ou par son mari, et nous avons demandé si nous ne pourrions sur ce point entendre le médecin de la famille. On a accédé de suite à notre désir, et le mari de la malade a été lui-même prier le Dr Lesur, de Feuquières, de venir conférer avec les experts. Ce dernier était absent de Feuquières, et ne s'est rendu à notre appel qu'une heure plus tard. Il connaît parfaitement la famille, qu'il soigne depuis quatorze ans, et il a accouché trois fois la malade.

A la demande que nous lui avons faite, s'il avait observé chez la dame S..., des attaques de nerfs ou d'autres troubles nerveux, le Dr Lesur nous a affirmé n'avoir jamais observé chez sa cliente, avant l'accident, aucun phénomène pouvant être attribué à l'hystérie : jamais, pendant le cours des trois grossesses ni au moment de l'accouchement, il n'a observé aucun trouble imputable à l'hystérie.

De sorte qu'il semble bien établi qu'il n'y avait pas d'hystérie avant l'accident chez la dame S..., et que c'est bien l'accident qui a déterminé l'apparition de l'hystérie.

Il s'agit donc d'hystéro-neurasthénie d'origine traumatique.

Une dernière question doit être posée. Quel était le degré de prédisposition de la malade?

Les renseignements que nous venons de donner répondent en partie à cette question. La dame S... a 37 ans, elle a eu trois enfants, a perdu l'un d'eux, et nous savons que jamais elle n'avait eu d'accident nerveux avant l'accident; on peut donc affirmer que l'hystérie n'était pas toute prête à éclore à la moindre sollicitation, et qu'en fait la malade n'était pas une prédisposée.

Les renseignements concordants que nous avons recueillis près de la malade et près du Dr Lesur, sur ses père et mère, sur ses frères et sœurs, sur ses enfants, témoignent aussi que personne dans la famille n'a eu ni hystérie, ni épilepsie, ni convulsions, ni troubles mentaux, ni aucune affection nerveuse. Nous avons vu les enfants de la malade, qui nous ont paru très bien portants.

On peut donc conclure que la dame S..., n'avait en fait aucune prédisposition, ni héréditaire, ni acquise.

De sorte que nous nous croyons autorisés à affirmer que la dame S..., est atteinte d'hystéro-neurasthénie, que cette hystéro-neurasthénie est d'origine traumatique, et s'est développée sans que rien dans les antécédents héréditaires ou personnels de la malade dénotent l'existence de la prédisposition.

Avant de parler du pronostic, nous rappellerons que l'hystérie est une maladie sans lésion organique, et dont le point de départ est une idée sub-consciente d'où dérivent tous les accidents. L'hystérie est donc essentiellement, nous ne disons pas exclusivement, une maladie psychique; et il en est en partie de même de la neurasthénie. En conséquence, et l'expérience le montre quotidiennement, les troubles, soit hystériques, soit neurasthéniques, persistent généralement tant que persiste l'idée génératrice de ces troubles.

Si donc on est en droit d'espérer la guérison des troubles que présente la malade quand les préoccupations du procès et de

ses suites auront disparu, il ne faut par contre s'attendre à aucune amélioration tant qu'il n'en sera pas ainsi; de sorte que la question se pose de la façon suivante :

Que deviendra la malade après le procès?

Il y a lieu ici de faire une distinction entre la neurasthénie et l'hystérie; car ici c'est surtout d'hystérie qu'il s'agit, bien plus que de neurasthénie.

Chez les neurasthéniques, il est de règle que la guérison survienne après un temps plus ou moins long, et le plus souvent elle est sinon complète, du moins presque complète.

Pour l'hystérie, maladie plus capricieuse, le pronostic est plus incertain; et il n'est pas rare d'observer la persistance d'accidents hystériques alors que l'on croit que la cause génératrice a disparu; de sorte que si nous sommes autorisés à dire que nous espérons qu'une fois le procès terminé, les accidents hystéro-neurasthéniques disparaîtront, nous ne pouvons en aucune manière être affirmatifs; nous ne pouvons pas davantage dire si la disparition des accidents sera complète, nous ne pouvons pas non plus prévoir dans quels délais se produira cette guérison, ni dire si c'est une question de mois ou d'années. Aussi, tout en exprimant formellement l'espoir de la guérison, sommes-nous obligés de faire une double réserve, puisque nous ne savons pas si la guérison ne se fera pas attendre bien longtemps et que d'autre part nous ne pouvons affirmer qu'elle sera complète.

En résumé, et pour répondre aux questions posées par le tribunal, nous concluons :

I. — La dame S... est atteinte d'hystéro-neurasthénie.

II. — La cause génératrice de cette maladie est l'accident de chemin de fer subi par la malade.

III. — Rien dans les antécédents héréditaires ou personnels de la dame S... ne dénote de prédisposition aux maladies nerveuses, et à l'hystérie en particulier.

IV. — Le pronostic est incertain. Il y a lieu d'espérer la guérison dans un délai indéterminé; mais on ne peut pas l'affirmer d'une manière absolue.

. . . . . .

. . . . . .

Il nous a paru intéressant de savoir quel était aujourd'hui, c'est-à-dire quatre ans après la terminaison du procès qui lui a donné une indemnité, l'état de la malade. Voici les renseignements que nous avons pu recueillir :

S... a toujours des zones hystérogènes très marquées, dans le dos, et principalement au niveau de la région lombaire, le simple attouchement de ces zones produit une crise. Quand elle met le bras gauche en abduction, l'avant-bras étant fléchi à angle droit sur le bras et en demi-pronation, elle est prise d'attaques.

Les contrariétés agissent de même.

Il paraît que les événements qui se produisent au moment où la malade a ses règles ont une grosse influence sur son état moral pendant le mois qui suit. Est-ce d'une contrariété dont il s'agit, elle est irascible durant ce mois ; est-ce au contraire une sensation agréable, elle est gaie et contente.

S... déclare que par un effort de volonté elle arrive à dompter ses crises convulsives, mais alors elle souffre pendant un temps plus ou moins long d'avoir ainsi « contenu ses nerfs ».

Depuis dix-huit mois son état semble s'être un peu amélioré, elle vaque aux soins du ménage, mais se rend compte qu'elle ne pourrait reprendre sa vie ancienne.

CONCLUSIONS

I. — L'hystérie est susceptible de créer des symptômes cliniques chirurgicaux, soit dans l'intervalle des crises convulsives, soit même en l'absence complète de toute attaque.

II. — Elle peut simuler toutes les affections chirurgicales des viscères ; elle peut ainsi quelquefois faire errer le diagnostic et faire naître dans l'esprit du médecin la possibilité d'interventions chirurgicales inutiles et dangereuses. C'est le plus souvent du côté des articulations qu'on en observe des manifestations. Ce sont surtout des phénomènes d'ordre sensitif (hyperalgésie), mais il peut s'y ajouter des phénomènes d'ordre moteur (paralysies, contractures). Ici encore l'intervention chirurgicale peut être la conséquence logique d'une erreur de diagnostic.

III. — Le diagnostic sera toujours délicat, mais pas infaisable, si l'on est prévenu de la possibilité d'une névrose. On le fera d'après les stigmates psychiques ou physiques que l'on trouvera toujours, si on les

recherche méthodiquement. Le rétrécissement du champ visuel est un signe de grande valeur quand il est bien accusé.

IV. — Il ne faut néanmoins pas chez un hystérique écarter d'emblée la possibilité d'une lésion organique, car ces malades ne font parfois qu'exagérer les sensations qu'ils ressentent, et qui sont les signes encore plus nets de la lésion.

V. — Le traitement chirurgical ne doit être fait qu'avec une extrême réserve dans certains cas seulement où une lésion légère est le point de départ de manifestations fonctionnelles graves chez un hystérique. Il sera lui-même souvent un simple élément de suggestion.

VI. — Lorsqu'il s'agit d'établir la part de responsabilité dans les accidents du travail, il faut s'assurer que le blessé n'est pas un hystérique atteint d'hystéro-traumatisme. Dans ce dernier cas même, il importe de faire la part de ce qui appartient aux désordres organiques ainsi qu'au traumatisme, et aux simples troubles fonctionnels dont l'accident n'a été que le prétexte.

Vu : le Président de la thèse,
RAYMOND

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Paul Richer. — Hystéro-épilepsie.

Legrand du Saulle. — Les hystériques.

Lober. — Paralysies, contractures, affections douloureuses de causes psychiques. (Thèse d'agrégation, 1886.)

Gilles de la Tourette. — Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie.

P. Janet. — État mental des hystériques, les stigmates mentaux.

Charcot. — Leçons du mardi à la Salpêtrière.

Nouvelle iconographie de la Salpêtrière.

Conférences de clinique chirurgicale faites à l'Hôtel-Dieu de Rouen pendant l'année 1858-1859.

Archives de Wesphall.

Charcot. — De l'hystérie chez l'homme.

Bourguet. — Leçons sur l'hystéro-traumatisme.

Page. — The fright neuroses, traumatic hysterio.

Guinon. — L'hystérie dans ses rapports avec la chirurgie.

Raymond Paul. — Hystérie et traumatisme. Progrès médical.

Fournier. — Leçons cliniques sur la syphilis.

Petit. — De l'hystérie chez l'homme.

Brissaud. — Des paralysies toxiques.

Letulle. — De l'hystérie dans le saturnisme.

Peugniez. — De l'hystérie chez les enfants.

Mayenne, Imprimerie Ch. COLIN.